الصحة النفسية

تأليف

الدكتور حسن منسي
دكتوراه علم نفس تربوي
دكتوراه مناهج وطرق تدريس

دار الكندي
الطبعة الثانية ٢٠٠١ م

الصحة النفسية

الصحة النفسية

تأليف

الدكتور حسن منسي

دكتوراه علم نفس تربوي

دكتوراه مناهج وطرق تدريس

٢٠٠١

الطبعة الثانية

دار الكندي للنشر والتوزيع اربد - الاردن تلفاكس ٧٢٤٤٣٢٣

الدكتور حسن منسي

الصحة النفسية

الطبعة الثانية

جميع الحقوق محفوظة

الناشر

دار الكندي للنشر والتوزيع

اربد - الاردن

تلفاكس ٧٢٤٤٣٢٣ ص .ب ٨٩٣

رقم الايداع لدى دائرة المطبوعات والنشر: (١٩٩٨/٢/١١٢)

رقم الايداع لدى دائرة المكتبة الوطنية: (١٩٩٨/٢/١٤٠)

رقم التصنيف: ٣٦٢.٢١

المؤلف ومن هو في حكمه: حسن منسي

عنوان الكتاب: الصحة النفسية

الموضوع الرئيسي: ١- العلوم الاجتماعية

٢- الصحة النفسية

بيانات النشر: اربد - دار الكندي

دعاء

يارب: انفعني بما علمتني وعلمني ما ينفعني وزدني علما.

يا رب: أسألك صحة في إيمان وإيمانا في حُسن خلق.

يا رب: اجعلني أخشاك حتى كأني أراك واسعدني بتقواك ولا تشقني بمعصيتك.

يا رب: أعني ولا تعن علي وانصرني ولا تنصر علي وامكر لي ولا تمكر علي.

يا رب: احرصني بعينك التي لا تنام واكنفني بكنفك الذي لا يرام

يا رب: أكمل لي ديني وأتم علي نعمتك واجعلني عبدا شكورا عبدا كريما.

يا رب: أتم لنا نورنا واغفر لنا أنك على كل شيء قدير.

وسبحان الله والحمد لله ولا إله إلا الله

د. حسن منسي.

إهداء

إلى الإنسان ... العالم العابد

إلى الإنسان ... المتواضع الزاهد

إلى الإنسان ... الراكع الساجد ... لله وحده

إلى الإنسان القانع الهادئ

إلى استاذي الكبير علي بابكر

رئيس جامعة ام درمان الاسلامية

اهدي ثمرة هذا الجهد المتواضع

د. حسن منسي

قائمة المحتويات

الفصل الأول

الفصل الثاني

الفصل الثالث

الفصل الرابع

الفصل الخامس

الفصل السادس

مقدمة

. الحمد والشكر لله رب العالمين الذي اعانني على اتمام هذا الكتاب بعد عناء طويل وجهد متصل. ما اتوخاه من هذ الكتاب هو مساعدة الفرد للوصول إلى تحقيق الصحة النفسيه والتوافق النفسي مع ذاته ومع الاخرين، بحيث يستطيع فهم قدراته وامكاناته ويصبح قادراً على اتخاذ قراراته بنفسه في ضوء فهمه لهذه القدرات والامكانات.

. . . إذ أن الفرد يستطيع تعلم فهمه لذاته وذلك بتعرفه على جوانب شخصيته جميعها، مما يسهم في مساعدته لحل مشكلاته وفي نموه الشخصي وتطوره الاجتماعي والنفسي والمهني.

. فالافراد سواء كانوا طلاباً ام عاملين رجالاً ام نساء هم في امس الحاجة إلى التمتع بالصحة النفسية والتوافق النفسي وذلك ليتخلصوا من ضغوطات العمل ومن التوترات والاضطرابات النفسية ويستطيعوا عبور ازماتهم النفسية وتخليصهم من الاثار النفسية والجسمية السيئة لهذه الازمات.

. . . كذلك بات من الضروري وجود مثل هذا الكتاب حيث اصبحت غالبية الجامعات والكليات العلمية التطبيقية والنظرية تعتبر مساق الصحة النفسية متطلباً اساسياً من متطلبات الجامعة لطلبتها وذلك لاهمية مثل هذا الموضوع للافراد والجماعات.

كما أن مكتباتنا العربية تحتوي القليل من كتب الصحة النفسية بشكل مباشر، فجاء هذا الكتاب ليدعم ويصون ما بدأ به اخواني واساتذتي الجهابذه ممن سبقوني في الكتابه في هذا الموضوع، راجياً الله أن أكون قد ساهمت في

اضافة شيء جديد إلى البنيان الذي اسسه وبناه ممن سبقني العاملين والمهتمين في مجال علم النفس بعامه والصحه النفسيه بخاصه.

واخيراً فإنني أتمثل قول رسول الله صلى الله عليه وسلم "من اجتهد واصاب فله اجران، ومن اجتهد واخطأ فله اجر". كما أنني لا ادعي الكمال في هذا العمل المتواضع فدائما وابداً الكمال لله وحده، فإن وجد خطأ، اتمنى من القارئ الكريم المعذره والتصويب مشكوراً وسبحان الله رب العالمين.

د. حسن منسي

الفصل الأول

الصحة النفسية

الفصل الأول

الصحة النفسية

مقدمة:

ورد في القرآن الكريم لفظ النفس بمعنى الذات البشرية للفرد أو للجماعة، ما يقارب (٢٧٥) مرة فتارة تكون النفس مطمئنة، (يا أيتها النفس المطمئنة ارجعي إلى ربك راضية مرضية) "[١]. أي يتمتع صاحبها بتوافق نفسي وصحة نفسية. بحيث يرضى الفرد عن نفسه وعن الأفراد من حوله في الوسط الذي يعيش فيه. كما تكلم رب العالمين عن النفس (الذات) الفاجرة والتقية بقوله (ونفس وما سواها فألهمها فجورها وتقواها)[٢]. كما ورد على لسان رب العزة النفس اللوامة، (ولا اقسم بالنفس اللوامة)[٣]. وهي النفس الحائرة القلقة غير الراضية عما يقوم به أصحابها. ويقول الله تعالى (وما ابرئ نفسي إنّ النفس لأمارة بالسوء إلا ما رحم ربي)[٤]. أي بوجود النفس الشريرة التي تأمر صاحبها القيام بالأعمال السيئة غير السوية.

(١) سورة الفجر: رقم الاية ٢٧ك، رقم السوره ٨٩.

(٢) سورة الشمس. رقم الاية ٧ك، رقم السوره ٩١.

(٣) سورة القيامة: رقم الاية ٢ك، رقم السوره ٧٥.

(٤) سورة يوسف: رقم الاية ٥٣ك، رقم السوره ١٢.

لقد زاد اهتمام الدول والأفراد بموضوعات علم النفس التي تخص حياتهم ومشاعرهم وما يعانوه من مشكلات حياتية يومية مثل تعابير العُقد النفسية، وفصام الشخصية، وسوء التكيف والإحباط والكبت، والاغتراب والقلق، والمخاوف المرضية، والاجهاد، والاحتراق النفسي وغيرها. لذا بات من الضروري البحث عن حلول لمثل هذه المشكلات النفسية الجسمية المتداخلة، فكان لا بد من البحث تحت مسمى مصطلح الصحة النفسية والتي تأخذ اكثر من معنى. إذ أن لمفهوم الصحة النفسية تعاريف عدة لدى العلماء والمثقفين.

مفهوم الصحة النفسية (Mental Health):

يوجد للصحة النفسية معاني كثيرة منها:

- سلامة الفرد من الأعراض المرضية.
- الصحة النفسية تعني قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ورضاه عن نفسه وتوافقه مع المجتمع الذي يعيش فيه، أي سلامة الفرد من الصراعات الداخلية، وقدرته على التكيف مع الوسط الذي يعيش فيه مع متغيرات البيئة المادية والاجتماعية من حوله.
- حالة ديناميية تبدو في قدرة الفرد على التوافق المرن الذي يناسب الموقف الذي يمر به أو يخبره. والمقصود بالتوافق المرن هو قدرة الفرد على عقد صلات اجتماعية تتميز بالمرونة (الأخذ والعطاء) يتضمنها التعاون والاحترام والتقدير المتبادل والتسامح والثقة بحذر مع الناس. كذلك قدرة الفرد على التوفيق بين دوافعه المتصارعة مع

متطلبات الحياة ضمن قدراته وامكاناته. ويتقبل ويرفض ما يناسبه وما لا يناسبه بفعل فهمه واستبصاره لنفسه (Self -Insight).

- الصحة النفسية: حالة عقلية انفعالية حركية دائمة نسبياً ويكون الفرد في رضا تام عن نفسه وشعوره بالسعادة مع الذات والآخرين.
- الصحة النفسية: هي الحالة التي يتسم فيها الشخص بالخلق القويم والكفاءة والكفاية، والاتزان، والسلوك السوي (العادي) وتكامل الشخصية، والقدرة على مواجهة الحياة وضغوطها، ويستطيع التغلب على أزماتها.
- الصحة النفسية: هي حالة تُظهر مستوى فاعلية الفرد الاجتماعية وما تؤدي إليه من إشباع لحاجاته.
- الصحة النفسية: تعني سلوك سوي يصدر عن الأفراد.
- الصحة النفسية: تعني المرونة والتوافق والتكيف الجيد من جانب الأفراد والانفعالات المتزنة.
- الصحة النفسية: تعني السعادة والرضا من جانب الفرد والقدرة على التركيز والانتباه الجيد والاتجاهات الموجبة التي تسود الأفراد.
- الصحة النفسية: تعني التحصيل والانتاج الجيد وبناء العلاقات الإنسانية الجيدة والتفاؤل المعقول.
- الصحة النفسية: تعني وجود الإرادة لدى الفرد وقدرته على التوفيق بين مطالب الجماعات التي ينتمي إليها ومتطلباته وحاجاته الذاتية.

إذن يمكن القول في النهاية أن مفهوم الصحة النفسية يعني قدرة الفرد

على التوافق مع نفسه ومع الآخرين من حوله، أي يشعر بالرضا التام عن سلوكياته اللفظية والعملية المباشرة وغير المباشرة، وقدرته على التكيف والعيش بسلام مع المجتمع الذي يعيش فيه وعملية التوافق هذه قد تكون على المستوى البيولوجي أو السيكولوجي أو الاجتماعي.

الأسباب التي تؤدي إلى الاهتمام بالصحة النفسية:

قد يعيش بعض الناس حياة صعبة، وقد يعيش البعض الآخر حياة أقل قسوة، وبعضهم يعيش حياة سعيدة وسارة لبعض الوقت، وقد تواتيهم الحياة في بعض أوقاتها بمواقف مؤلمة. وهكذا هي حياة البشر يتخللها المتناقضات والتناقضات وعلى الإنسان أن يعيشها بمرها وحلوها، وعليه أن يستمتع بها مهما كانت قساوتها ومرارتها، ومما لا شك فيه أن الاستمتاع بصحة نفسية جيدة يتوقف على عوامل كثيرة لها تأثير كبير على نشاط الفرد. من هنا كان لا بد من وجود الأسباب التي تؤدي إلى الاهتمام بالصحة النفسية منها:

١- السعي المفرط لإشباع الرغبات والحاجات والجري وراء النزوات. أي أن الرفاهية المادية لدى الأفراد وتوفير كل ما يرغبونه أدى إلى تدمير نفسيتهم وشعور هؤلاء الأفراد بالوفرة المادية الزائدة على حساب الأمن العقلي والنفسي، مما أدى إلى السأم والملل من حياتهم، إذ أن الحياة دون تعب لا تعني وجود السعاده. فكان لا بد من وجود الإهتمام بالصحة النفسية لديهم.

٢- تخليص الأفراد من بعض الأمراض الجسمية، أثبتت الدراسات والتجارب والبحوث أن كثيرا من الأمراض الجسمية التي يعاني منها

الأفراد قد ترجع إلى إضطرابات نفسية وانفعالية، وأن هذه الأمراض الجسمية التي ترجع إلى مشكلات واضطرابات نفسية تدعى بالأمراض النفسية الجسمية (Psychosomatics). لذلك كان الاهتمام من بعض الدول المتقدمة مساعدة هؤلاء الأفراد على مواجهة مشكلاتهم النفسية وعلاجهم مما يعانون من توتر واضطرابات انفعالية. وأهم هذه الأمراض النفسية الجسمية مرض السكري، إرتفاع ضغط الدم، اضطرابات الهضم، الصداع، آلام الظهر، قرحة المعدة، الشلل الهستيري، الصرع، وفقرالدم.

٣- القلق العالي عند الأفراد عند أدائهم للحصول على الانتاجية أو التحصيل أو النجاح. وهذا ما يحدث لدى العامل والطالب وربة البيت، إذ أن زيادة الانتاج والتفوق أصبح من متطلبات الحياة العصرية سواء كان للدول أو الشعوب مما يؤدي إلى الاضطرابات النفسية لدى الأفراد، بل قد يؤدي إلى الإحباط والإجهاد لديهم بدلاً من الإنتاجية المناسبة، بل بات من الضروري إحاطة الأفراد في البيت والعمل والمدرسة بجو يشبع حاجاتهم ودوافعهم بدرجة معقولة ويخفض التوتر والقلق لديهم ويبقي على القلق المطلوب المناسب في إستثمار قدراتهم وطاقاتهم ومواهبهم، إذ أن الأمن النفسي والحوافز الفعالة تمكنهم من تحقيق الإنتاجية المناسبة. مع أنه لا يمكن إنهاء القلق حتى في أكثر المجتمعات تنظيماً.

٤- رعاية الأحداث وإرشاد الجانحين: إن غالبية الخارجين على القانون والمنحرفين وأصحاب السوابق وكافة صور الجرائم والإنحرافات تصدر من أفراد يعانون من عدم الثبات الانفعالي والاستقرار النفسي في حياتهم، إذ أنهم يعانون من إضطرابات نفسية لغياب الإرشاد والتوجيه النفسي في بيوتهم ولفقدان الحب والدفء والحنان في

أسرهم أو في مدارسهم أو مجتمعهم، إذ أنهم غير قادرين على إشباع حاجاتهم المادية والاجتماعية والنفسية. لذا بات من الضروري الإهتمام بالصحة النفسية لهؤلاء الأفراد ومساعدتهم لحل مشكلاتهم وتخفيف إضطراباتهم النفسية وحماية المجتمع من إنحرافهم وإدمانهم. وهذه مسؤولية البيت والمدرسة ووسائل الإعلام المختلفة وأجهزة الدولة.

٥- معالجة آثار الحرمان الذي يُترجم إلى سلوكيات غير مرغوب فيها من بعض أولئك المحبطين والمحرومين من المشاركة في الحياة العامة وفي السياسة وصنع القرار داخل الأسرة أو المدرسة أو المجتمع بشكل عام. إذ أن إهمال هذه الفئة يدفعها إلى إثبات الذات وتأكيدها عن طريق السلوكيات السلبية غير المرغوب فيها، مما يؤدي إلى إعاقة العمل والبناء للمجتمع، بل وإيذاء الآخرين، حيث أن عدم الإستقرار النفسي في حياة الأفراد، والإنطواء، وعدم إشباع دوافعهم يؤدي بهم إلى النزاعات العدوانية والسلبية، فيصحبوا معول هدم بدلاً من إن يكونوا عامل بناء للمجتمع الذي يعيشون فيه.

٦- الحروب الإقليمية أو الداخلية: ينتج عنها فئة كبيرة من الأفراد المصابين، بحاجة إلى إعادة تأهيل وإرشاد نفسي ليتوافقوا مع أنفسهم بعد أن فقدوا أجزاءاً من أعضائهم، أو أعزاء عليهم. كذلك حاجتهم إلى التوافق مع المجتمع الجديد وتكيفهم مع مكونات البيئة الجديدة، سواء كانت مادية أو بشرية، وبخاصة إذا اضطروا إلى الهجرة الداخلية أو الخارجية الطوعية أو القسرية.

كما أن متطلبات الحياة الحالية في هذا العصر والفقر والبطالة والضغوط النفسية والخوف من المجهول والحروب العالمية المنتظرة تجعل كثيراً

من الأفـراد في حـالة اضطراب وتوتر نفـسي عـال تسـتـدعي إرشـادهم ومساعدتهم للوصول بهم إلى الصحة النفسية والتوافق النفسي.

معايير للسواء والشذوذ

من الصعب أن نصدر حكماً على السلوك الصادر من الفرد بأنه سوي أو غير سوي (شاذ)، إلا إذا عرفنا مرحلة النمو التي يعيشها الفرد الذي صدر عنه هذا السلوك، كذلك معايير وعادات وقيم المجتمع الذي يعيش فيه هذا الفرد لها دور في تحديد السلوك السوي وغير السوي أيضاً، فسلوك معين يُعد سوياً في مرحلة نمو معينة وفي مجتمع معين، ولكنه قد لا يعد كذلك في مرحلة نمو تالية أو مجتمع آخر، لذلك مقولة العقل السليم في الجسم السليم لا تكون صحيحة إلا إذا كانت "العقل السليم في الجسم السليم في المجتمع السليم"، إذ يظهر التفاعل والتواصل بين عقل الإنسان وجسمه ومجتمعه، أي قدرة الفرد على التكيف في المجتمع الذي يعيش فيه.

ليس من السهل أن يميز الإنسان مفهوم الشذوذ في مجالات السلوك الإجتماعي، فالمثاليون ينظرون إلى الكمال كمحك للحكم على الفرد، فمن لا يتوافر فيه الكمال فهو شاذ، أما الكامل في كل شيء فهو سوي (عادي). أصحاب هذه النظرية يستمدون آرائهم من المصادر الدينية وتسمى نظريتهم " النظرية القيمية "The Valuational Theory"، ولذلك وفق هذه النظرية غالبية الناس من الشواذ لأن الكمال لله وحده. أما من وجهة نظر صحية أو طبية فالشذوذ حالة مرضية، فالشخص المريض الذي يشكل مصدر خطر على نفسه وعلى الآخرين يجب عزله عن الناس.

لكن لا يمكن القبول بهذا الرأي بشكل مطلق، لأن كثيراً من الناس يسلكون سلوكاً غريباً غير سوي مثل خوفهم من الأمراض المعدية أو من الصراصير أو العلو أو الحشرات بشكل عام، أو المرور بجانب المقابر . . هؤلاء لا يشكلون خطراً على أنفسهم ولا على الآخرين ولا يجوز عزلهم، ولكنهم لا يُعدوا أسوياء لأنهم بحاجة إلى عناية وإرشاد ليصبحوا أفراداً أكثر عطاء، وحتى لا يشغلوا أنفسهم بالتفكير بأشياء شاذة وغير واقعية.

ينظر بعض الباحثين إلى الشذوذ والسواء من منظار إحصائي وهو قياس مدى البعد أو القرب عن المتوسط في أداء أو سلوك الناس فسلوك العباقرة والمبدعين والمجانين والمتخلفين عقلياً في إعداد الشواذ، لأنهم جميعاً يبتعدون عن الوسط، وهؤلاء يلتقون مع علماء الإجتماع بنظريتهم الثقافية (The Cultural Theory) ومعيار الشذوذ لديهم هو مدى الإبتعاد عن المألوف في ثقافة معينه، بمعنى أن بعض أنواع الشذوذ يظهر في ثقافات معينه ولا يظهر في ثقافات أخرى، ما يعد شاذاً عندهم قد لا يكون عند الآخرين. وهنا من الصعب قياس درجة الإتزان العقلي بهذه الطريقة الإحصائية، لعدم وجود أداة قياس دقيقة ولتداخل عوامل كثيرة في شخصية الفرد.

المقصود بالسوي (Normal) بعلم النفس قيمة معيارية تمثل العادي أو المتوسط أو القريب من المركز، أو هو الفرد الذي لم ينحرف عن العادي أو المتوسط ولم يعاني من الاضطراب العقلي أو الضعف العقلي، والسوي في اللغة العربية تعني العدل، وسواء الشيء وسطه، واستوى من الإعوجاج، واستوى الشيء إعتدل.

أما الشاذ (Abnormal)، تعني في اللغة إنفرد عن الجمهور أو القلة بالقوم، وشذّ عن القاعدة أي خرج عنها. أما في علم النفس، يعني الشاذ

إنحـراف عـمـا يعـد سـوياً ويختلف عن العـادي، هنا يراد به المريض وغـيـر المتوافق.

على الرغم من اختلاف الباحثين في تعريف السواء والشذوذ إلا أنهم اتفقوا إلى حد ما في أن السواء يعني الصحة النفيسة، والشذوذ هو الخروج عن العادي والمألوف أو المتوسط وأنه كمي متدرج كل واحد على طرف في طرفين متقابلين متباعدين، ولكل فرد موقع على هذا المتصل، ولهذا الموقع قدر من الثبات النسبي، ومن الجائز أن يتغير مركز الفرد على هذا المتصل لأسباب معينة وفي ظروف معينة ومرحلة عمرية معينة ومجتمع معين.

التكيف والصحة النفسية لدى الأفراد

يرجع مفهوم التكيف (Adaptation) إلى علم البيولوجيا (الأحياء Biology)، وتعد نظرية (تشارلز دارون) سنة ١٨٥٩، وأبسطها قدرة الحي لأن يعيش في بيئته بسلام، سواء كانت مكونات هذه البيئة حيوية أو مادية، أي البقاء للأصلح، وقد يكون للأقوى في شريعة الغاب.

ويكون التكيف بشقيه التمثل (Assimilation)وهو تغير الظروف الخارجية بما يلائم البُنى العقلية لدى الأفراد، أي مما يلائم المكونات الداخلية للكائنات الحية.

والشق الآخر هو التلاؤم أو التأقلم (Accommodation). وهو تغيير التراكيب المعرفية الموجودة في البُنى العقلية لدى الأفراد بحيث تناسب الخبرات والمؤثرات الخارجية الجديدة.

وهو تغيير البُنى العقلية لدى الأفراد (أو المكونات الداخلية لدى الأحياء) بما يلائم الظروف الخارجية. أما مفهوم التكيف بعلم النفس هو توافق الفرد مع بيئته الداخلية والخارجية بطريقة فعالة ومناسبة. بحيث تضمن تلاؤم الفرد مع الظروف المحيطة به أو تغيير الظروف المحيطة به لتناسب البنى العقلية لديه بحيث يعيش في هذه البيئة بسلام وتوافق نفسي. فالتكيف إذن هو عملية مستمرة مع الوسط الذي يعيش فيه. وهذا يشير إلى أن الفرد الذي يكون قادراً على إقامة علاقات مقبوله بينه وبين عناصر البيئة المحيطة به تكون قدرته على التكيف أعلى وتوافقه أكبر من الفرد الذي يصعب عليه بناء علاقات مقبوله مع من حوله من عناصر البيئة التي يعيش فيها. أي أن الأفراد الأكثر تكيفاً هم بالضرورة أكثر تمتعاً بالصحة النفسية والرضا النفسي، وللتكيف أنواع منها:

أ- التكيف البيولوجي:

هو ما يحدث من تغييرات في بنية الفرد الجسمية سواء في المراحل العمرية التي يمر بها أو ما يحدث من تغيير في بعض أعضائه الجسمية بفعل البيئة التي يعيش فيها. وهذه التغيرات لا دخل للفرد فيها، وهو غير قادر على إيقافها أو تغييرها. والأمثلة على ذلك كثيرة. منها التغيرات الجسمية في مراحل عمر الفرد منذ الولادة وحتى سن الكهوله. كذلك سكان المناطق الباردة، سكان المناطق الحارة، سكان الصحاري والبوادي.

ب- **التكيف الذاتي:**

هي العمليات التي تحصل داخل الفرد للتوافق بين تلبية حاجاته والبيئة التي يعيش فيها وتكون بارادته أي مدى إبعاد الفرد عن الصراع بينه وبين الآخرين وبالنهاية يبعد الفرد عن نفسه اللّوم والتأنيب والندم مما يؤدي في النهاية إلى توافقه مع نفسه. مع أن الصراع يكون قائماً بين حاجات الفرد للإشباع وبين القيم والعادات والتقاليد التي توجد في المجتمع الذي يعيش فيه. فالشخص القادر على التكيف الناجح بوضعه أولويات إشباع الحاجات المهمة هو الشخص الأكثر تكيفاً ذاتياً من الشخص العاجز عن التكيف والذي يبقى في حالة صراع وقلق.

ج- **التكيف البيئي:**

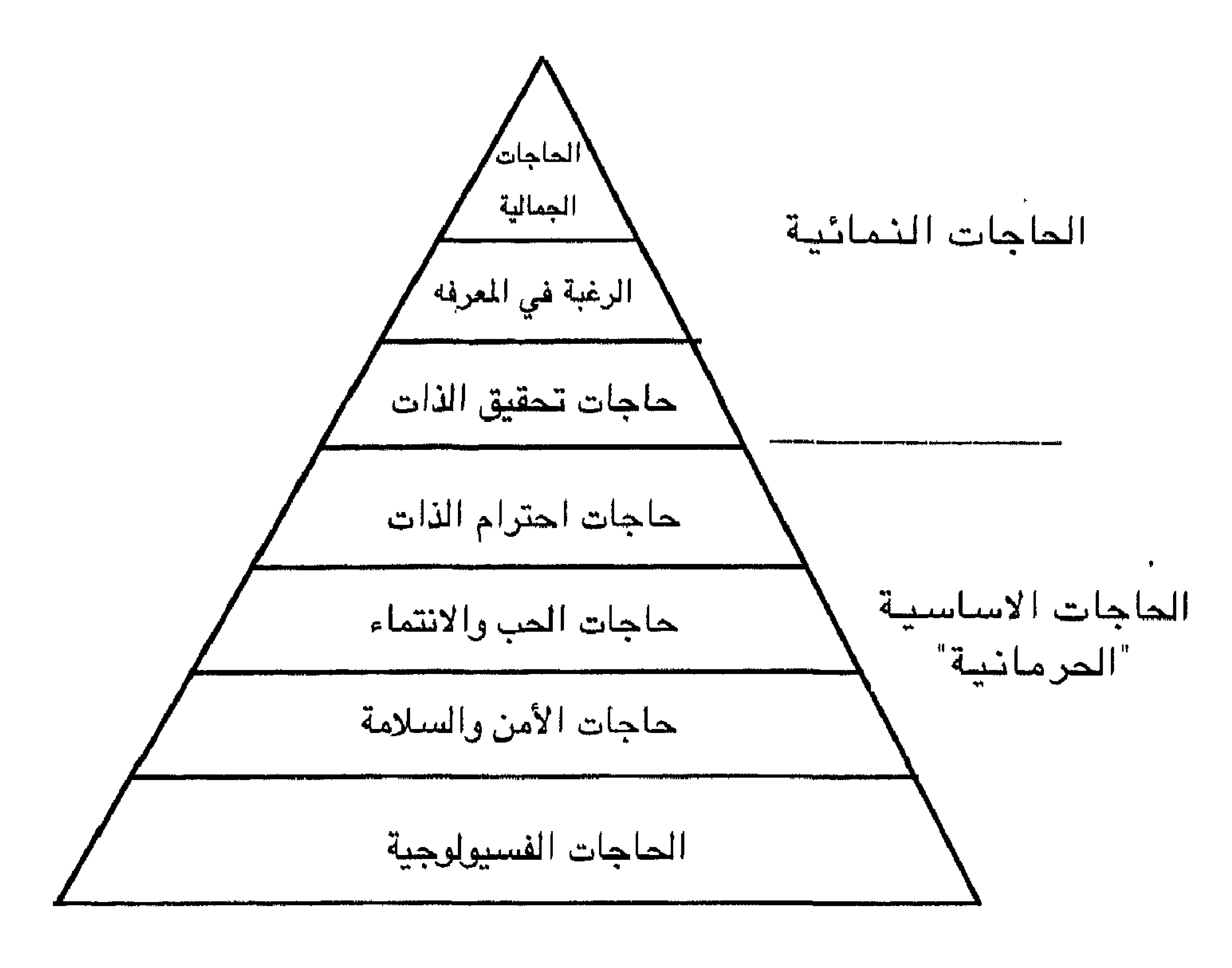
هو قدرة الفرد على التوافق بين ذاته وبين التغيرات التي تحصل في مكونات البيئة التي يعيش فيها، سواء أكانت مكونات هذه البيئة مادية أو طبيعية مثل: الأرض أو المياه، أو الجبال، أو الأنهار أو المناخ أو الأبنية، أو كانت مكونات البيئة حيوية مثل: النباتات والحيوانات والعلاقات الاجتماعية مع البشر والقيم والعادات والتقاليد والأعراف والمتعتقدات الدينية والسياسية، والنظم التعليمية والإعلامية والأهداف القريبة أو البعيد الموجودة حوله.

والمقصود بالتكيف لا يعني أن يعيش الفرد بتلاؤم مع السلوكيات غير المرغوب فيها أو ما يتعارض مع نظامه القيمي أو ما يعرقل نمو وتقدم مجتمعه. بل عليه الإسهام في تغيير الوسط الذي يعيش فيه لكي يعيش هو

وغيره من الأسوياء بسلام متمتعين بتوافق نفسي وتوافق اجتماعي متخلصين من كل أنواع الصراع والاضطراب والتوتر.

فالحياة كلها هي عملية تكيف. فمن الشروط الأساسية لعملية التكيف هي إشباع حاجات الفرد، وحصوله على التوازن البيولوجي والنفسي.

إن هذه الحاجات هي الأساس في السلوك والتكيف في الحياة فقد قام العالم ماسلو بوضع هرم الحاجات عند الأفراد التي تعد دوافع للسلوك عند الأفراد، بحيث كانت قاعدة هذا الهرم الحاجات الأساسية وفي قمته الحاجات النفسية التي أوجدتها المتغيرات الحضارية. فالحاجات الأربع الأولى أسماها ماسلو بالحاجات الحرمانية "Deprivation Needs"، وأهمية أي حاجة تكون قربها أو بعدها من قاعدة الهرم، إذ أن أقوى الحاجات في تحريك سلوك الفرد هي الحاجات الأربع الأولى والتي تسمى بالحاجات الحرمانية وكما أسلفنا وأقلها الحاجات النمائية وتمثل الحاجات الثلاث الأخيرة كما هو موضحاً بالشكل التالي:



هرم ابراهام ماسلو لتنظيم الحاجات

ويؤكد ماسلو أن الحرمان الشديد من إشباع أي حاجة من حاجات الفرد يؤدي بالتالي إلى سيطرتها على سلوك الفرد وتسبب له كثير من الاضطرابات وعدم التوافق النفسي. ويمكن القول أنه إذا لم تلبى حاجات الفرد ومتطلباته النمائية في مرحلة عمرية معينة ستظهر على شكل مشكلات يعاني منها في المرحلة العمرية التالية. وقد يكون ماسلو مبالغاً عندما يقول في أصل أو منشأ دوافع الإنسان، "إن الحاجة هي ما يؤدي الحرمان منها إلى مرض أو اضطراب، مثل نقص الفيتامينات، ونقص الأحماض الأمينية، ولهذا هناك حاجة فسيولوجية إلى هذه المكونات، ويمكننا معالجة الحالات

النفسية والقيم بذات المنطق، حيث إن الحرمان منها أو عدم إشباعها يؤدي إلى أمراض واضطرابات . . . وقد يأتي اليوم الذي نكتشف فيه أسساً جينية (وراثية) لهذه النفسية والقيم، وإنني على ثقة بأنه سيأتي ذلك اليوم، وقد تأخذ هذه الأسس الجينية صورة تكوينات بيوكيماوية (بيولوجية كيماوية)" .

وفق رأي ماسلو .

الفصل الثاني

العوامل الموثره في عملية التكيف

الفصل الثاني

العوامل الموثره في عملية التكيف

للصحة النفسية علاقات إيجابية وسلبية كثيرة، لذلك يمكن تصنيف الإضطرابات النفسية والأمراض العقلية وغيرها من أنواع الصحة النفسية تصنيفات متعددة. كما يمكن القول بأن سير دوافع الفرد بشتى أنواعها، الفطرية الاجتماعية والشعورية واللاشعورية نحو تحقيق أهدافها، إنما هو عامل أساسي وضروري في إحداث التكيف والتوافق بشتى أبعاده، إذ أن إشباع هذه الدوافع يتوقف على ما يتوافر للفرد من اساليب تتيسر له اشباع دوافعه الملحة وعلى فهم قدراته وإمكاناته على مواجهة متغيرات الظروف المحيطة به. ويمكن أن توجد عوامل كثيرة لها تأثير على الفرد، تؤثر في عملية تكيفه في البيئة التي يعيش فيها منها:

١- **الإحباط** (Frustration):

المقصود به هو عدم قدرة الفرد على إشباع حاجاته بسبب وجود موانع أو معوقات تحول دون ذلك. وقد تكون المعوقات متوقعة أو متخيلة. والإحباط قد يكون خيبة الأمل التي تحدث للفرد نتيجة عدم تحقيق دافع معين له. وللإحباط آثار سيئة على نفسية الفرد، فلو زاد الإحباط عن حدّه يؤدي

إلى الإضطراب والتوتر والقلق والإكتئاب وفقدان الثقة والإجهاد والاحتراق النفسي، وقد يتسرب الاحباط إلى نفوس الأفراد ومن مصادر مختلفة سواء كانت من خبرات مباشرة يمر بها الفرد أو ملاحظة سلوك الآخرين الفاشلة، لذلك يميل الفرد إلى القيام باستجابات متنوعة (Varied Responses) محاولاً تحقيق الهدف المرسوم لديه، وإذا لم يستطع ذلك فإنه قد يتنازل عن هذا الهدف ويرضى بهدف أقل مستوى من الهدف الأصلي ويؤدي إلى إشباع جزئي لحاجاته.

أظهرت كثير من الأبحاث أن السلوك العدائي يسبقه دائماً حدوث إحباط عند الفرد والعكس صحيح أيضاً، إن الإحباط سيؤدي إلى السلوك العدواني غالباً ما يحدث التكيف عند الكبار والصغار بعد الموقف الإحباطي ليتناسب مع الوضع الجديد للفرد.

وللإحباط مصادر كثيرة منها البيئة المحيطة بالفرد سواء كانت طبيعية أو حيوية أو اجتماعية مثل السكن في مدينة أو قرية أو بادية أو تأثير درجة الحرارة أو الرطوبة أو وجود جبال أو بحار . . . أو بيئة أسرية أو بيئة مدرسية أو بيئة عمل. كذلك قد يكون هو السبب بالإحباط بسبب تعارض قدراته وإمكاناته العقلية أو الجسمية أو الاجتماعية مع مستوى طموحه.

وكما أسلفنا قد يكون العدوان مظهر من مظاهر الإحباط لدى الأفراد، وقد تتأتى العزلة عن الناس بسبب الإحباط، وقد يلجأ بعض الناس إلى الحيل الدفاعية نتيجة تعرضهم للإحباط، مما يخفف عنهم التوتر والإضطراب والقلق الذي يعانون منه، وهذا ما يحدث كثيراً عند فشل الطلبة بالإمتحانات، كما أن بعض الناس قد يواجه الإحباط بالتلبد واللامبالاة بدلاً من النشاط وبذل الجهد واختيار وسيلة أخرى لتحقيق الهدف، وهذا أسوأ

حالة للإحباط، بحيث يؤدي بالفرد إلى اللامبالاة (Apathy) or (Blunting). أي لا يظهر أي استجابة عاطفية لأي نوع من المؤثرات الموجهة إليه.

٢- الصراع (conflict)

يحدث الصراع عند الفرد عندما يريد إشباع حاجتين لديه، ولا يستطيع إشباعهما في وقت واحد. وتختلف الصراعات لدى الأفراد باختلاف أهمية الدوافع المتعارضة وقدرة الفرد على اتخاذ القرار. والصراعات كثيرة في حياة الأفراد مهما ادعوا من إستقرار وبخاصة من ينشد الكمال أو حتى من يريد العيش في بيئته بسلام.

فالصراع النفسي إذن هو تعرض الفرد لضغط من دوافعه المتزاحمة وذات قوى متساوية بحيث يصبح عاجزاً عن اختيار قراره في قضية ما، وعندها يشعر الفرد بالضيق والتوتر والعجز. وأسباب الصراع لدى الأفراد كثيرة وتكون طبيعتها من طبيعة الموقف الذي يحصل فيه.

ويختلف الصراع باختلاف التكوين النفسي وسمات الشخصية ومستوى الطموح لدى الأفراد. فحاجات الفرد لا يمكن إشباعها جميعها في وقت واحد. كما أنه لا يمكن إشباع أي حاجة لدى الفرد كل الوقت، فالمتطلبات لإشباع الحاجات في حركة مستمرة. فإذا أشبعت حاجة عند الفرد شعر فوراً أنه لا بد وأن يتم إشباع حاجة أخرى تولدت عنده على التو، يحصل ذلك بسبب التغيرات التي تحصل لدى الأفراد كونهم في نمو مستمر وكون البيئة المحيطة بالفرد متغيرة بعناصرها أيضاً فما هو مشبع لحاجات الفرد

الآن، فهو غير مشبع لحاجاته بعد أيام، كما إنه يختلف حجم الصراع باختلاف قدرات وإمكانات وخبرات الفرد ووضعه النفسي والاجتماعي، كما أن للعادات والتقاليد والقيم والعرف السائد بالمجتمع الذي يعيش فيه دور كبير في تولد الصراعات النفسية لدى الأفراد، فقد يكبت الفرد رغباته وميوله لفترة مراعاة لعادات المجتمع وقيمه وسرعان ما تتفجر على شكل سلوكيات غير مرغوب فيها.

لذلك يمكن القول أنه يمكن أن تختلف درجة شدة الصراعات النفسية باختلاف تمثل الفرد لقيم وعادات المجتمع الذي يعيش فيه، وتقل درجة وحدّة الصراع عند وضوح الرؤية أمامه نحو تحقيق الأهداف وحسن تقويمه للأمر وقدرته على وضع البدائل (الأبدال)، إذ أن الفرد الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة هو الشخص الذي تقل الصراعات الداخلية لديه، لأنه يضع حلول عدة لأي مشكلة تواجهه ويختار أفضلها.

كما للخبرة السابقة السليمة وكثرة المعلومات والإفادة من الثقافة العامة وتجارب الآخرين دور كبير في تخفيف الصراع النفسي لدى الأفراد. " فالكيّس من إتعظ بغيره والشقي من إتعظ بنفسه، والغبي من لا يتعظ ".

إذن الصراع سمة من سمات حياة الأفراد منذ الولادة، بحيث يستمر هذا الصراع بين الرغبة في إشباع الحاجة والخوف من العقاب أو وسائل الردع الذي تبديه الأسرة أو المدرسة أو المجتمع أو السلطة أو أي مؤسسة تربوية أو دينية لها تأثير على سلوكيات الفرد وتقويمها.

أنواع الصراع:

قد يكون وقتياً ويكون خفيفاً، وقد يكون عنيفاً، وهو يختلف باختلاف شخصية الفرد وقدرته على ضبط إنفعالاته وقدرته على التحمل. وقد يكون صراعاً مركباً بينه وبين شخص آخر مثلاً:

(الولد يرغب بدراسة الهندسة ووالده يريده أن يدرس الطب).

كما يوجد عند الفرد صراعاً شعورياً أي بمعرفته بالدوافع المتعارضة، أو صراعاً لا شعورياً وهو ما يكون بين قوتين واحدة منهما خفية. وهذه الصراعات الخفية المجهولة لدى الفرد هي الأكثر خطراً أو تسبب له عادة الإضطرابات النفسية، وقد تنشأ عنها الأمراض النفسية والعقلية، كما أنه يمكن تصنيف الصراع لدى الأفراد كما يلي:

أ- **صراع الإقدام - إقدام** (Conflicting Approach)

يتم عندما لا بد للفرد من إختيار احد هدفين كل واحد منهما مهم لديه وغير قادر على اختيار واحد دون الآخر. مثال:

(يحدث عندما يريد الشخص إختيار بين وظيفتين، محاسنهما مشتركة، كان قد تقدم لهما وتمّ اختياره)

إن مثل هذا الصراع لا يدوم كثيراً، سرعان ما يحسم الموقف.

ب- **صراع الإحجام -إحجام** (Conflicting Avoidance)

يتم عندما لا بد للفرد من اختيار أحد هدفين، كل واحد منهما غير مهم لديه، ولكل واحد منهما مساوئه المتساوية، وغير قادر على إبعادهما عنه، أي لا بد من إختيار أحدهما.

مثال: شخص مستأجر بيتاً بأجرة قليلة ويضايقه صاحب البيت وهو لا يستطيع الرحيل لعدم توافر النقود لديه، وغير قادر على تحمل إساءة صاحب البيت.

وهذا الصراع يستمر مدة أطول من صراع الإقدام -إقدام، بسبب أنه سيختار بين شيئين أحدهما مر، بحيث يعود بالضرر على الفرد.

ج- صراع الإقدام -إحجام (Conflicting Approach Avoidance)

يتم عندما لا بد للفرد من اختيار هدف معين فيه الجانب المرغوب فيه (له محاسنه) وفيه الجانب المنفر غير المرغوب فيه (له مساوئه) في الهدف نفسه.

مثال: إمرأة أرملة لديها أطفال وتقدم لها شخص مناسب للزواج وهي تريد الزواج لكنها تخشى كلام الناس.

يسمى مثل هذا الصراع بصراع التناقض الوجداني (Ambivalence) في النهاية يمكن القول بأنه إذا استمر الصراع النفسي لدى الأفراد فإن التوتر والإضطرابات والحيرة تستهلك جهد ووقت الفرد وتقلل إنجاز العمل لديه ويقضي على طموحاته وآماله وتؤدي به إلى عدم الثقة بالنفس.

٣- **القلق** (Anxiety):

هو إحساس الفرد بالرعب المستمر والخوف تجاه قيم معينة بحيث يكون الفرد حاملها بداخله أو من أحداث خارجية لا تبرر وجود هذا الإحساس. فالقلق قد يعني مجموعة أحاسيس ومشاعر بفاعلية يدخل فيها الخوف والألم والتوقعات السيئة.

كما عرّف بعض الباحثين القلق بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف.

وأخيراً يمكن أن يعرف القلق بأنه "خبرة إنفعالية مؤلمة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء دون أن يستطيع تحديده بدقة أو بوضوح".

والشخص الذي يعاني من القلق يظهر عليه أعراض جسيمة، تظهر بحركاته وتعابير وجهه غير الإرادية أو بتمتماته اللاشعورية. كما أن الشخص الذي يعاني من القلق تزداد نبضات قلبه وإفرازات الغدة الكظرية عنده وبخاصة إفراز هرمون الإدرنالين، وتزداد إفرازات الغدة العرقية، وتزداد نسبة السكر بالدم، وقد يصاب الشخص بالغثيان، والأرق والتوتر العضلي وقد يصاب بالأمراض "السيكوسوماتية"، أي الأمراض التي لا تسببها الجراثيم.

لقد إختلفت مدارس علم النفس فيما يثير القلق عند الفرد فبينما إتفقت المدرسة السلوكية والتحليل النفسي في أن ما يقلق الفرد هي عوامل لها ارتباط بماضي الفرد، إلا أن المدرسة الوجودية والإنسانية إتفقتا في أن ما يقلق الفرد هي عوامل لها إرتباط بمستقبل الفرد أكثر من إرتباطه بماضيه.

أنواع القلق:

أفضل تصنيفات القلق هو ما جاء بها فرويد صاحب مدرسة التحليل النفسي وهذه الأنواع هي:

أ- **القلق الموضوعي:** (Objective Anxiety)

وقد يسمى بالقلق الواقعي (Realistic Anxiety). وهذا النوع من القلق أقرب منه إلى الخوف، مثل خوف الفرد من كلب متجه نحوه، يخشى أن يعضه فيشعر بالقلق (الخوف) أو خوف الفرد من الظلام، أي لدى الفرد خبرة إنفعالية مؤلمة من الظلام منذ الطفولة.

ب- **القلق العصابي:** (Neurotic Anxiety)

وهذا النوع من القلق يحدث للفرد دون أن يستطيع معرفة سبب مخاوفه، فقد يكون على شكل قلق عام عند الفرد سواء في دروسه أو في علاقاته الاجتماعية أو في منزله أو مكان عمله. وقد يكون قلقه من موضوع خاص، وقد تكون مثيرات هذا القلق ليس لها علاقة بالموضوع الذي يقلق عليه، مثل القلق والخوف من المرور من جانب المقبرة، أو الخوف من الحشرات، أو من منظر البحر، وقد يكون قلق ناتج من توقع حدوث شيء خطير بسبب خبرة مؤلمة كانت قد حدثت من قبل، مثل: الخوف من تكرار حدوث هزات أرضية، أو من تكرارا حدوث نوبة وإغماء، وقد لا تكون لمثل هذه الظواهر مقدمات لحدوثها.

ج- **القلق الخلقي أو الذاتي:** Moral Anxiety

يحدث نتيجة الصراع الذي يحدث داخل الشخص، وليس صراعاً بين الشخص والعالم الخارجي، أي أنه ناتج من ضمير الشخص وخوفه منه، عند قيامه بسلوكيات تخالف عادات وتقاليد أو أعراف المجتمع الذي يعيش فيه.

والقلق الخلقي كامناً داخل تركيبة الشخص، وعادة يظهر القلق الخلقي أعقاب حالات الإحباط المرتبطة بالأنا الأعلى لدى الفرد (الأنا العليا المثالية) التي تنسجم مع القيم الاجتماعية.

إذن يمكن القول بأن مصادر هذا النوع من القلق ترجع إلى نوع التنشئة الاجتماعية لدى الأفراد ويصعب علاجه عند الكبار، وعادة يصاحب هذا القلق الإحساس بالذنب، لذلك يمكن التفريق بين القلق السوي والقلق المرضي أو العصابي، إذ أن القلق في حد ذاته ليس هو ما نهتم به، بل ما ينتج عنه من أعراض مرضية، فالقلق العادي (المتوسط) هو أصلاً مطلوب إيجاده عند الأفراد، ودور المربي أو عالم النفس هو إيجاده لمن يريد لهم التكيف والتمتع بالصحة النفسية والعيش بسلام في البيئة المحيطة بهم.

٤- **العصاب** (Neurosis)

يحدث عندما لم يستطع الفرد التمييز بين المثيرات المختلفة، فيتولد لديه حالة من الإنفعال والهيجان وعدم السيطرة على منابعه الداخلية، وتصبح تصرفاته وسلوكياته غير موجهة ونتيجة ذلك يصاب الفرد بأمراض نفسية كثيرة ومتنوعة.

فالعصاب هو إضطراب وظيفي في الشخصية يظهر على شكل قلق أو وسواس أو مخاوف مرضية (فوبيا)، أو هستيريا، ويمكن لهؤلاء المصابين أن يمارسوا أعمالهم كأفراد عاديين في الأوقات التي لا توجه إليهم مثيرات تستدعي ظهور أعراض هذا المرض كالاضطراب السابق الذكر.

٥- الوساوس القهرية: Opsessions

هي أفكار أو صور أو اندفاعات غير واقعية تتسلط على تفكير الفرد وقد لا يستطيع التخلص منها بسهولة، وتنتابه مثل هذه الأفكار من حين لآخر. وتظهر هذه الوساوس المتسلطة القهرية في صورة فكرة مزعجة تعاود الفرد المصاب بهذه الإضطرابات بإصرار أو رغبة مع أن الفرد يرى خطأها وعدم جدواها، ومع ذلك لا يستطيع أن يخلص نفسه من هذه الرغبة أو هذه الفكرة، ومن أعراض الوسواس القهري ما يلي:

أ- وسواس الأفكار التسلطية:

وهي نشاط فكري لا إرادي يدور حول مواقف غير واقعية تلازم الفرد المضطرب فترة من الوقت، إذ إنها تعاوده من حين لآخر وتختلف مدة هذا النشاط الفكري غير الواقعي أو الطبيعي باختلاف شخصية الفرد أو حالته المرضية أو وضعه النفسي، مثال (١) تفكير الزوج بخيانة زوجته البريئة مع أحد أصدقائه المقربين.

مثال (٢): تفكير الآباء حول قيام ابنه بقتله بقصد أن يرثه.

إن مثل هذه الوساوس الدورية التي تحمل أفكاراً متصلة لم يسبق للفرد أن خبرها من قبل لكنا حقاً موجودة في شعوره وضمن البُنى العقلية لديه مع إيمانه الكامل إنها أفكار تافهة ومثيرة للإشمئزاز وتسمم عقلية الفرد وتفسد حياته.

ب- وسواس الأعمال التسلطية:

وهو محاولة الفرد المضطرب (المريض) الشروع بأعمال مزعجة له وللآخرين، تحت تأثير الوساوس التسلطية. ويطلق على هذا النوع من الوساوس بالدفعات القسرية (Compulsions)، التي قد ينتج عنها الحمق والاندفـ والتسرع في السلوك غير المرغوب فيه مثل الاعتداء على الذات أو على الآخرين وقد لا يخرج مثل هذا السلوك إلى حيز الفعل ويبقى تفكيراً مجرداً، لكنه يلح (urge) على تفكير الفرد ويأمره بالحدوث.

ج- وسواس الأفكار الاجترارية: "Rumination"

وهو يشبه وسواس الأفكار التسلطية السابقة، إلا أنه يختلف عنه في أن الفكرة التسلطية التي تعاود أفكار الفرد وتلح (urge) عليه تكون نابعة أساساً من خبرة مؤلمة سابقة لدى الفرد، أي مرتبطة بتصرف سيء وقع عليه أو قام به، أو وجهه نحو ذاته أو نحو الآخرين.

مثال: يعتقد شخص عند تناوله طعام المعكرونه انه يأكل الديدان، فيمتنع عن تناول هذا الطعام، ان مثال هذا الاعتقاد الخاطئ مرتبط بخبره سابقه سيئة حدثت عندما كان هذا الشخص طفلاً صغيراً، اذ ان شقيقه الاكبر قال له كيف تأكل هذه الديدان التي امامك، بينما كان هذا الطفل مستمراً بتناول طعام المعكرونة عندها توقف الطفل عن تناول الطعام، حصلت هذه الحادثة عند الطفوله، لكن الوسواس القهري والاعتقاد السائد استمر تأثيره في المراحل العمرية جميعها، لدى الفرد، مع علمه بان هذه الافكار التي تعاوده غير واقعية.

ان مثل هذه الامراض التي تسببها الوساوس التسلطيه قد ترجع كما

اسلفنا إلى بعض الخبرات المؤلمه وتكون مكبوته منذ الطفوله، وقد ترجع ايضا لأساليب التنشئة الوالديه غير السويه، كما انه قد يكون سبب هذه الوساس نتيجة رغبات الفرد العدوانية ضد والده أو والدته أو شقيقة اي اقرب الناس اليه وبخاصه اذا كان يتبوأ مقاماً رفيعاً بالمجتمع، اذ ان هذا الشخص المريض لا يستطيع ممارسة مثل هذا العدوان مباشرة لتعارضه مع القيم والعادات والأعراف الموجودة بالمجتمع الذي يعيش فيه، لذا يلجأ لمثل هذه الوساوس رمزياً أو اجترارياً وتبقى على شكل نشاطات فكرية غير واقعية، وقد تكون أسباب هذه الوساوس القهرية راجعة للرغبات الجنسية المكبوتة داخل الفرد قد تدفعه إلى سلوك ظاهري ديني، بأن يعزو سبب قيام هذا الشخص بغسل يديه أو جسمه عشرة مرات أو أكثر باليوم الواحد لأسباب دينية وحض الدين على النظافة، مع أن المريض نفسه يعترف في بعض الحالات لنفسه وللآخرين أن هذا السلوك غير واقعي، وربما يكون سبب هذه الوساوس القهرية هو حدوث بعض المصائب للفرد بشكل فجائي، ولم يستطع تقبل نتائجها مثل موت عزيز عليه أو كارثة مالية المت به أو حادثة طلاق مفاجئ أو طرده من وظيفته.

وأخيراً يمكن القول أن سبب تعاسه الشخص الذي تسيطر عليه الوساوس القهرية التسلطية ليست الأحداث التي مر بها أو خوفه من الأحداث التي سيمر بها، بل السبب، هو طريقة التفكير حول الحدث، وحديث الذات الذي يكون بداخله قبل حدوث الحدث.

٦- **الفصام: "الشيزوفرينيا"** Schizophrenia

يعد هذا المرض من الأمراض العقلية المستعصية على العلاج النفسي لذلك يعد من الأمراض العقلية الحادة والمزمنة وقد ترجع أسبابه إلى العوامل

الوراثية أو البيئية أو البيوكيميائية (بيولوجية كيميائية).

إن مثل هذه الأمراض قد يتم توارثها عبر الأجيال، حيث تقوم الكروموسومات (الصبغيات) بنقل هذا المرض من الأصل إلى النسل، وقد يكون الشخص ناقلاً للمرض لكنه غير مريض، وقد يظهر هذا المرض على الشخص عند تعرضه لأزمات حادة، ويكون سببه بيئي منزلي مثل علاقة الطفل بوالديه وبخاصة والدته.

وللفصام أنواع منها الهيبفرينا (Hebephrenia) أو الطفلية النكوسية أي يرجع الفرد في ممارسة سلوكيات الأطفال. أو الكتاتونيا (Catatonia) أي يجلس الفرد ساعات طويلة وكأنه متيبساً لا يتحرك كلياً أو بعض أطرافه، وقد يعزف عن الطعام أو الغسل وقد يسلك سلوكاً عدوانياً مع الآخرين.

وهناك الفصام البسيط، إذ ينتاب الفرد الشعور بالغربة بهذا المجتمع ويعيش دون أمل أو هدف بالحياة، وتتدهور صحته بسرعة، وهناك أنواع أخرى من الفصام تظهر على شكل الاضطهاد أو شبه العصاب.

٧- **الهستيريا (الرحام)** (Hystiria):

وهي اضطراب نفسي له أعراضه الجسيمة والنفسية وهي مظهراً من مظاهر التكيف غير المكتمل عندما يفشل الفرد في مواجهة مواقف حياتية تمر به، أي أن السلوك الهستيري يعد حيلة دفاعية لا شعورية تجعل الفرد ينسحب ويتراجع عن تحمل المسؤولية وبهذا الأسلوب يستجر عطف الآخرين، وقد سمي هذا المرض بالرحام تشبيهاً برحم الانثى حيث اشتق اسم هذا المرض من الكلمة اليونانية (Hystcra) بمعنى الرحم، حيث كان يعتقد في السابق أن رحم الأنثى يدور ويتجول في جميع أجزاء جسمها ومع انتقاله كان المرض

ينتقل معه، وكان أهم علاج لهذا المرض هو إرجاع الرحم إلى مكانه الطبيعي.

وتظهر الهستيريا على شكل نوبات (Fits) انفعالية لا شعورية كنوبات الإغماء التي تحدث لبعض الأفراد لتستجر عطف الآخرين، فقد تحدث الهستيريا لبعض الأفراد للتحرر من الصراع كالشلل والعمى والصم والبكم المفاجئ وارتجاف الأطراف والرعشة واللزمات (حركة مفاجئة للأعضاء) (Tics)، والغيبوبة والعجز عن المشي وعدم القدرة على الوقوف واعوجاج الرقبة، القيء، الحمل الكاذب، وهذه الأمراض جميعها تأتي من شدة القلق (Anxiety). وتسمى أعراض هذه الأمراض بالأمراض الهستيرية التحولية (Conversion)، أما أعراض الهستيريا التفككية هو ما ينتاب بعض الأفراد من الشرود الذهني (Fugue) وفقدان الذاكرة (Amnesia) والسير أثناء النوم وتقمص شخصيات عدة.

وتتسم الشخصية الهستيرية بدرجة عالية من العصابية والانبساطية أي كثرة الصداقات والإفراط بالأنشطة الاجتماعية، وحب الظهور والاستعراض، ويبقى هؤلاء المصابين بهذا المرض في دائرة الضوء والاهتمام، ولديهم المبالغة عند الحديث والتفاخر بالمأكل والملبس، وهم يصدّقون الشائعات بسرعة وينقلونها وبشكل مضخم ويكثرون التحرش بالجنس الآخر مع أنهم قد يعانون من البرود الجنسي ولديهم القدرة العالية للهروب من الشخصية الأصلية الحقيقية ويميلون إلى التمثيل والتمويه لدرجة قريبة من الخداع.

٨- الوهم والمخاوف المرضية (الفوبيا) أو الرهاب: Phobias

هو شعور الفرد بالخوف والذعر من منبهات هي أصلاً لا تشكل خطراً أو خوفاً للناس العاديين (الأسوياء)، مثل: خوف بعض الأفراد من الحشرات، الفئران، الديدان، الظلام، الأماكن المرتفعة المياه الجارية، الأماكن المغلقة، الغرباء، القطارات، الطائرات، النار، الزحام، الدم، الرعد، البرق، المقابر، الامتحانات، يحدث هذا الخوف بالرغم من أن الفرد يعلم تماماً أن هذه المنبهات لا تمثل خطراً عليه إلا أن حالات الفزع تنتابه لا إرادياً عند مواجهة هذه المنبهات.

إن مثل هذه المخاوف المرضية قد تظهر على شكل إغماء، تقيء، غثيان، تصبب العرق، سرعة دقات القلب، الهرب بسرعة فائقة، الرعشة، الرجفة، إن أسباب هذه المخاوف المرضية قد ترجع إلى الخبرات المؤلمة السابقة التي مر بها الفرد. وقد ترجع أيضاً إلى الارتباط المكاني أو الزماني، مع تكرار حالات الخوف الشديد مع الفرد، حيث أن تكرار هذا الارتباط يجعل من المتغيرات المحايدة أصلاً والتي لم تكن مؤذية، قادرة على إثارة الخوف والرعب عند الفرد.

إن تجربة واطسن مؤسس المدرسة السلوكية شاهدة على صحة ذلك، وتتلخص التجربة مع الطفل (البرت) كما يلي:

كان الطفل إلبرت يحب اللعب مع الفئران، وقف واطسن خلفه وبيده قضيباً من الحديد ومطرقة، فكان كلما هم البرت القبض على الفأر ضرب واطسن قضيب الحديد بشدة على المطرقة فيصدر صوتاً مزعجاً عندها يتوقف البرت من قبض الفأر. استمرت هذه العملية مرات عدة بحيث أصبح

البرت يخاف الفئران جميعها بدلاً مما كان يألفها، بل انسحب خوفه من الحيوانات جميعها أيضاً التي لها جلد فروي، حتى أصبح يخاف من القطن والصوف، فكما يقول المثل الشعبي: "الملدوغ يخاف من جرة الحبل" والأمثلة على ذلك كثيرة في حياتنا اليومية. إذ أن بعض الأطفال يخافون من أي فرد يلبس مريولاً أبيضاً معتقداً أنه طبيب. كما ينزعج بعض الأفراد من رائحة السبيرتو (الكحول الإيثيلي) وذلك لارتباطه بمطهر الحقنة (الإبرة).

٩- الهذيان والخرف:

المقصود بالهذيان (Delirium) هو ما يحدث للفرد من اضطراب في الانتباه وعدم القدرة على التركيز بصاحبه التشتت بالتفكير وفقدان الذاكرة وعدم القدرة على إدراك الزمان أو المكان. كما أن الشخص الذي تنتابه حالات الهذيان يكون مضطرباً حركياً. كما أنه قد يصاحب الهذيان العصاب (Neurosis) والاكتئاب (Depression).

وقد تستمر حالة الهذيان عند الأفراد حوالي أسبوع، وبخاصة عند صغار السن، إلا أنها تزداد فترة الهذيان أكثر من أسبوع عند كبار السن ممن يزداد عمرهم عن ستين (٦٠) سنة.

أما أسباب الهذيان قد ترجع لنقص الأوكسجين في الدم، أو هبوط القلب أو الحمى، أو الإضطرابات في عملية الأيض "التمثيل الغذائي". وقد تحدث حالات الهذيان بفعل تأثير تعاطي بعض العقاقير الطبية أو المنومّات أو الملينات أو المهدئات.

أما المقصود بالخرف "Dementia" وهو التدهور السريع في الوظائف العقلية لدى الفرد وعدم قدرته على استقبال وترميز واسترجاع

المعلومات، سواء كانت جديدة أو قديمة. لكن من الملاحظ أن الفرد في البداية يكون فاقداً للذاكرة القريبة ثم تليها الذاكرة البعيده. كما أنه قد يصاحب هذا المرض الحبسه الكلامية والحسية والحركية. وعادة يحدث هذا المرض لكبار السن ونادراً ما يصاب به الأفراد بالمراحل العمرية الأخرى. وأهم سبب للإصابة بهذا المرض هو تدهور العضوية بسبب سن الشيخوخة.

١٠- **النساوة:** (Amnesia):

المقصود بالنساوة هو فقدان ذاكرة الفرد قصيرة المدى وبعيدة المدى بفعل خلل العضوية وعندها يصعب على فاقد الذاكرة أن يتعلم، أي أنه يصبح غير قادر على استقبال معلومات جديدة، كما أنه لا يستطيع ترميز أو استرجاع المعلومات الجديدة أو القديمة التي كانت في البنى العقلية لديه بشكل منظم. كما أن الفرد المصاب بهذا المرض لا يستطيع تمييز الزمان أو المكان الذي يوجد فيه. وقد يرجع سبب هذا المرض إلى الإفراط في شرب الكحوليات والإدمان عليها، وإلى التهاب الدماغ، والصرع والعلاج الكهربائي التشنجي.

الفصل الثالث

الأمراض النفسية الجسمية

(السايكوسوماتية Psychosomatic)

الفصل الثالث

الأمراض النفسية الجسمية

(السايكوسوماتية Psychosomatic)

مقدمة

إن الصحة الجسمية والنفسية هي أكثر من مجرد الخلو من المرض والاضطراب، على الرغم من أن علماء التشريح والأحياء ووظائف الأعضاء لم يقتنعوا تماماً بالمفاهيم العامة للسواء والمرض. كذلك يوجد عدد كبير من الأطباء النفسيين ما زالوا يرون أن البشر على اختلاف كبير بمفهوم السواء، لدرجة أنه لا يمكن التعبير عن نمط واحد للسواء. . . والمثال المطروح هو: إذا كان يوجد موظف شركة مكتبي أو كاتب في بنك وعامل منجم كل واحد منهما يعمل في بيئة مختلفة عن الآخر، وكل واحد منهما خالٍ من المرض ويمارس عمله بارتياح، فإذا انتقل موظف البنك إلى بيئة عمل جديدة ومختلفة ولتكن بيئة المنجم التي يعمل بها العامل فإن هذا الكاتب قد ينهار جسمياً أو نفسياً أو الإثنين معاً، بالرغم من تكيفه السابق، وأنه كان سوياً عند عمله بالبنك. كما أن عامل المنجم الذي عاش مؤثرات سابقة وخبرات قاسية من ضغوط المهنة وسوء التغذية، فقد يكون بصورة أفضل بكثير من عامل آخر قوي البنية جاء للعمل (موظف البنك) في هذا المنجم دون استعداد

مسبق . لذلك يمكن القول أن للتكيف دور كبير في حماية الفرد جسمياً ونفسياً .

لذلك كثرت شكوى الناس من بعض الأمراض العضوية التي لم تعرف أسبابها ، مما حدى ببعض الأطبأء النفسيين البحث عن أسباب هذه الأمراض ، وذلك لما للجانب النفسي من تأثير على الجانب الجسمي والعكس صحيح أيضاً . فالأمراض النفسية الجسمية التي تصيب بعض الأفراد ناتجة عن التوتر والقلق والضيق والاكتئاب والغضب ، والاحباط والكبت الذي يعانون منه ، وبخاصة هؤلاء الأفراد الذين يتسمون بالتحكم الزائد في انفعالاتهم ، لذلك تظهر نتائج هذا التحكم بصورة اضطرابات وعلل جسيمة نفسية .

أنواع الأمراض الجسمية النفسية:

توجد فروق فردية بين الأفراد من حيث إصابتهم بالأمراض النفسية الجسمية وأماكن حدوثها باعضاء وأجهزة الجسم ومن هذه الأمراض ما يلي :

١- القرحة:

المقصود بها قرحة المعدة ، أو الأمعاء ، أو الأثنى عشر أو القولون . فقرحة المعده هو ما يحدث من خدوش أو جروح (تهتك) في جدار المعدة لدى بعض الأفراد ، وقد يحدث اضطرابات داخل المعدة تؤدي إلى سوء الهضم أو التقيؤ ، أو الحموضة الزائدة ، أو الحرقة .

أما المقصود بقرحة الأمعاء فهو ما ينتج عنها من اضطرابات بالأمعاء تظهر على شكل إسهالات أو إمساك شديد أو على شكل تلبك بالأمعاء .

لكن قرحة الإثنى عشر فإنها تظهر على شكل تقرحات بأنسجة الإثنى عشر شبيهة بتقرحات وخدوش المعدة .

وبالنسبة لقرحة القولون ، فتظهر على شكل تقرحات بأنسجة القولون ويستعصي شفائه بالعلاجات العادية .

لقد اثبتت الدراسات النفسية والجسمية التي قام بها العلماء المتخصصين أن للانفعالات الشديدة ، آثار سيئة على الأعصاب المسؤولة عن الجهاز الهضمي . إذ أن الاضطرابات النفسية مثل القلق ، والكبت والوسواس القهري وعدم التنفيس الانفعالي وغيره عند حدوثه للفرد يؤدي إلى زيادة إفراز حامض الهيدروكلوريك داخل المعدة وتكّون القرحة المعدية عند الفرد . كما أن هذه الاضطرابات التي يتعرض لها بعض الأفراد قد تؤدي إلى عدم سير عمليات الهضم بشكل مناسب ، مما يؤدي إلى سوء الهضم وسوء عملية امتصاص الطعام المهضوم بشكل مناسب .

إن الأفراد الأكثر عرضة للإصابة بالقرحات السابقة هم ممن لديهم مستويات طموح عالية ، ويخفقون من تحقيق أهدافهم ويتكرر فشلهم . كذلك ممن ينتابهم الصراع المتكرر ويطول مدته قبل اتخاذ القرار . كذلك تكثر الإصابة بهذه الأمراض الأفراد الذين يعانون من المشكلات الأسرية المستعصية ومن المصابين بالاكتئاب ، كما أن متعاطي المشروبات الكحولية والمدخنين أكثر عرضة للإصابة بالقرحات السابقة من غيرهم .

٢- الربو الشعبي: (Bronchial Asthma):

يعد هذا المرض من الأمراض السايكوسوماتية والتي تكون نفسية المصدر جسمية المظهر، وكما يقال عنها "نفسية الأصل جسمية الفصل". هذا المرض يصيب بعض أعضاء الجهاز التنفسي عند بعض الأفراد.

تظهر أعراض هذا المرض على شكل ضيق التنفس وحشرجة وتقطع بالنطق، وقد يكون السبب في ذلك هو تورم في جدران الشعب الهوائية المؤدية إلى الرئتين، أو تقلص بالعضلات التي تتحكم بهذه الشعب.

يعزي بعض الباحثين والمهتمين هذا المرض إلى تعرض الفرد المصاب إلى مثيرات كانت محايدة أصلاً، لكنها أصبحت مثيرة فيما بعد لظهور أعراض هذا المرض. إذ أنه عند تعرض الفرد لمثل هذه المثيرات المحددة يصاب الفرد بتحسس نتيجة إفراز جسمه مادة تسمى هستماين (Histamine). وهو من أنواع الاحماض الأمينية.

وقد يفسر بعض المهتمين سبب حالات الربو الشعبي إلى عوامل خارجية بالنسبة لجسم الفرد، مثل وجود الغبار أو الأتربة بالجو أو وقت تزهير الأشجار وذلك لانتشار حبوب اللقاح بالجو. وهذه العوامل لا دخل لها بالجانب النفسي. لكن بعض الباحثين يعتبر هذه العوامل مساعدة في التسريع في ظهور هذا المرض أو الزيادة من شدته، ومما يؤكد من صحة القول بأن هذا المرض هو سيكوسوماتي أن بعض المرضى يزداد مرضهم وتتهيج الشعب الهوائية لديهم بمجرد تعرضهم لأزهار ونباتات اصطناعية خالية من أي مثيرات مادية من رائحة أو حبوب لقاح. كما أن بعض المصابين بهذا المرض يشعر أنه سيصاب بهذا المرض عندما يسمع نشرة الأخبار الجويه والحديث عن

الأنواء والغبار، أو عند الاقتراب من فصل تفتح الأزهار والورود وانتشار حبوب اللقاح بالجو. إن تفسير كثير من علماء النفس سبب ضيق التنفس والحشرجة لبعض الأفراد المصابين بهذا المرض هو امتداد لعقدة الذنب (عقدة أديب) عند بعض الأفراد المرضى. فتظهر هذه الأعراض الحشرجية بدلاً من البكاء. ومما يؤكد ذلك أن بعض المعالجين نفسياً يستخدمون البكاء وسيله شفاء من هذا المرض كما أنه قد ترجع أسباب هذا المرض إلى عوامل التنشئة الوالدية غير السوية في المراحل العمرية الأولى لدى الأطفال.

٣- تصلب الشرايين وارتفاع ضغط الدم وانخفاضه وعصاب القلب:

كثير من الناس يزداد دقات القلب لديهم عندما يتعرضون لمواقف مؤلمة أو حتى مفرحة، ويظهر عندهم على شكل نوبات بسبب اضطرابات عملية الضبط العصبي للأوعية الدموية، كما أن هذه المواقف المؤلمه أو المفرحة والخوف والانفعالات الشديدة تؤدي أيضاً إلى ارتفاع ضغط الدم ولكن مثل هذه الحالات تزول بزوال الموثر الذي أدى إلى حدوثها. وعندما تبقى أعراض هذه الحالة مستمرة فإن حالة المريض تصبح مقلقةوفي خطر. بلا شك أن الحالات المرضية السابقة لها صلة كبيرة بالجانب النفسي إذ أن بعض المختصين يُرجع سبب الضغط إلى حالات عدوانية مكبوتة منذ الطفولة ظهرت على شكل اضطرابات بالأوعية الدموية ثم ارتفاع في ضغط الدم، أو تصلب الشرايين وقد تسمى العصاب القلبي وهو شعور المريض بألم القلب ولا يظهر هذا المرض عضوياً عندما يتم فحص المريض سريرياً.

كما أنه أثبتت التجارب أن المدخنين ومتعاطي الكحول أكثر عرضة للإصابة بهذا المرض.

٤- البدانة والنحالة:

تعد البدانة المفرطة -Excessive Obesity- مؤشر نقص في الثقافة الصحية لدى الأفراد، فهي تودي إلى تشويه جمالي للفرد وتؤدي إلى عدم قدرة الفرد القيام بأعماله الحيوية والحياتية على الوجه المطلوب كما أن الفرد المصاب بالسمنة المفرطة معرضاً أكثر من غيره للإصابة بأمراض القلب والجلطة والضغط. بالإضافة إلى الآلام الجسمية والنفسية. إن سبب هذه السمنة المفرطة هي تتعدى حدود الغذاء، حيث أن الدراسات اثبتت إنها ترجع إلى سبب نفسي إذ أن مركز الانفعالات داخل الدماغ يجاور مركز الشبع والجوع، فعندما يصاب بعض الأفراد بالقلق والاضطراب والانفعالات الشديدة قد يؤثر على مركز الشبع، فيصبح الإنسان مستمراً بالأكل بشراهة فيزداد بالسمنة وقد يحدث العكس أن هذه الانفعالات تؤثر على مركز الجوع ويشعر الفرد أنه ليس بحاجة للطعام ويزداد نحاله.

كما أنه قد يرجع السبب في السمنة المفرطة إلى الاضطراب الكيماوي في أجهزة الجسم وقلة الحركة وعدم تناول الطعام المتوازن ولا يمكن إغفال العامل الوراثي في قليل من الحالات.

٥- اضطرابات الأكل:

تعد اضطرابات الأكل من الأمراض النفسية الجسمية حيث أن بعض الأفراد المصابين بهذا المرض قد يتناولون أطعمة شاذة وغير مغذية مثل التراب أو الورق أو الطباشير أو القماش أو البلاستيك أو حتى استنشاق الكاز أو البنزين. تكثر هذه الممارسات عند بعض الأطفال وبعض المتخلفين عقلياً ولكن الغريب بالأمر أنه يحدث عند بعض النساء الحوامل تحت ما يسمى

"بالوحم" . لكن أثبتت الدراسات الميدانية أن نسبة الأطفال الذين يمارسون هذه العادة يتراوح بين (١٠-٣٢٪) من عمر (١-٦) سنوات تتناقص النسبة كلما تقدم الطفل بالعمر . كما أنه يوجد نوع آخر من اضطرابات الأكل مثل قيام بعض الأطفال بالتقيوء وبخاصة بالنسبة للسنة الأولى من عمره مما يسبب له نقص الوزن وتكثر هذه الحالة عند المتخلفين عقلياً ، كما أن بعض الأفراد يصابون بفقدان الشهية العصبي (Anorexia Nervos) ويحدث عندما يقيد الفرد نفسه بمواعيد تناول طعامه حيث يقوم بحرمان نفسه من تناول الطعام بالرغم من كونه جائع وحتى عندما يأكل ربما يقوم بعملية التقيوء وقد يؤدي إلى نقص الوزن بل إلى الوفاة وعادة ينتشر هذا المرض عند النساء أكثر منه عند الذكور .

كما أن زيادة الشهية لدى بعض الأفراد تعد من اضطرابات الأكل وبخاصة إذا كان في حالة غضب فإنه يأكل بشراهة يشعر الفرد أنه مقهور أثناء تناول طعامه ويريد أن يستزيد أكثر فأكثر مما يؤدي إلى الغثيان أو شعوره بالألم بالمعدة ، وبعدها يشعر الفرد بالضيق والاضطرابات والاكتئاب وجلد الذات وعقدة الذنب ، وعادة تصاحب هذه الحالة تناول الفرد بعض المليّنات أو التقيوء بوضع الإصبع بالحلق وهي تكثر عند النساء مقارنة بالذكور .

ويختلف الأفراد في تناولهم للطعام باختلاف الوضع النفسي لديهم . منهم يزداد تناوله للطعام عندما يضطرب ومنهم من يمتنع عن الطعام .

٦- اضطرابات النوم:

يصاب بعض الأفراد باضطرابات النوم حيث يسمى بصعوبات النوم (Dysomnia) مثل الأرق (Insomnia) وهو عدم قدرة الفرد على النوم

وعند استيقاظه يشعر بالتعب وعدم الراحة مما يؤدي إلى عدم أداء الفرد لعمله في النهار، لذلك كثيراً ما يحلق الفرد بالسقف وهو نائم أو بجدران الغرفة وينتابه وسواس وكوابيس وأفكار تقلق راحته ويفشل في الاسترخاء أو الراحة، وعادة تكثر هذه الاضطرابات عند الأفراد ذوي السمنة المفرطة، حيث أنهم يصابون بما يسمى اختناق النوم أي (Skep Apnea) فيستيقظ الفرد من نومه مذعوراً محاولاً التنفس مما يؤدي به إلى الأرق وعدم القدرة على النوم من جديد إلا بعد مرور ساعات عدة.

كما أن بعض الأفراد يصابون بكثرة النوم (Hypersomnia). إذ إن هؤلاء الأفراد ينامون ساعات كثيرة في النهار والليل بالرغم من أخذهم كفايتهم من النوم إلا أنهم دائماً يشعرون بالنعاس. وهذه العادة قد تسبب لهم كثيراً من المتاعب والحوادث. كما أن بعض الأفراد يحدث لديهم اضطرابات بالنوم عندما تتغير مواعيد عملهم وبخاصة من يعملون على شكل ورديات ليلاً ونهاراً أو لدوام المسائي والصباحي سواء كان في المدارس أو المستشفيات أو في السفريات الجوية والبحرية، والبرية. وقد أثبتت الدراسات أن الاضطربات في النوم لها أسباب نفسية واجتماعية وعضوية.

كما أن بعض الأفراد يبدون ببعض السلوكيات وهم في حالة النوم أي في اللاشعور مثل السير أثناء النوم (السرنمة أو النومشه) Somnambulism. وعندما يفيق من نومه لا يتذكر منها أي شيء وتكثر هذه السلوكيات في اللاشعوريه عند الأطفال وتقل عندما يكبر الفرد. وبهذه الحالة يكون تحكم بأعصابه وحركاته ضعيفة نوعاً ما. لكنه قد يكون قادراً على رؤية الأشياء من حوله ويتفادى خطرها ويعرف أين مصدر الباب ويخرج منه . . . . ويعرف أدواته وملابسه وقد يقوم بأعمال خطيرة مثل

القتل أو السرقة وهو تحت تأثير النوم وبخاصة إذا استمرت هذه الحالة عند الكبار. كما أن بعض الأفراد قد يصابون بما يسمى فزع النوم (Sleep Terrors) وهو استيقاظ الفرد من نومه فجأة مذعوراً هلعاً، وقد يصرخ بصوت حاد ويكون بحالة عصبية لا إرادية، ويصعب تهدئته بسرعة وتكثر هذه الحالة أيضاً عند الأطفال وتقل كلما كبر الفرد..

كما يعاني بعض الأفراد من الكوابيس الليلية (Night mares) وتحدث بفعل الأحلام المزعجة المخيفة فينهض الفرد من نومه وهو مذعوراً ومتذّكراً أحداث الحلم وفي اليوم التالي يتحدث عنها للآخرين ففي الكابوس لا يصرخ الفرد بل ينهض من نومه منزعجاً ولا يستطيع النوم ثانية وتكثر هذه الحالة للأفراد الذين يشكون من الفصام واضطرابات الشخصية والاغتراب والعزلة.

٦- الاضطربات الناتجة عن الإدمان.

الإدمان (Addiction) هو حالة من اعتياد أو اعتماد. (Dependence) الجسم عضوياً ونفسياً على دواء أو عقار (جمعها عقاقير) معينة، وإذا لم يتناولها الفرد فإنه قد يصاب بالاضطراب النفسي والعقلي والسلوكي ومن هذه العقاقير الأفيون، والحشيش والكوكائين والكفائين والنيكوتين والخمرة والمشروبات الروحية. ويسبب الإدمان على هذه المخدرات أو المشروبات اضطرابات فسيولوجية وسلوكية ومعرفية لمتعاطيها، مع رغبة شديدة بتعاطيها مرة ثانية بالرغم من سيئاتها ومضارها بحيث يشعر الفرد أنها من متطلباته الأساسية كالغذاء والشراب والتنفس، ولذلك يمكن أن يسلك الشخص سلوكاً قد يؤدي إلى القتل دون أن يكون هدفه ذلك. وبخاصة إذا توقف عن تناوله فجأة، وقد يؤدي به إلى حالة من الانسحاب

(withdrawel) وبخاصة مدمن المخدرات بعكس مدمن الخمرة الذي يكون عدواني حيث يقول أحد العلماء : (أن مدمن الخمر قد يضرب زوجته لكن مدمن المخدرات قد تضربه زوجته) . كما يصاب بحالة من الأرق والهلوسة وثقل اللسان والرعشة والقلق والاكتئاب واضطرابات الرؤية . ويمكن إرجاع أسباب الإدمان إلى عوامل وراثية واجتماعية وإلى عوامل نفسية كالإحباط والقلق والبحث عن اللذة ومجاملة رفاق السوء واضطرابات الشخصية . ويعد الإدمان الآن مشكلة عالمية تشترك فيها دول العالم لمكافحته . وذلك لما يسبب من أخطار وأضرار بنواحي الحياة كافة . كالنواحي الصحية والاقتصادية والعقلية والنفسية بحيث أصبحت تُخرج الإنسان عن إنسانيته . لذلك أوجدت الحكومة الأردنية مراكز خاصة لمكافحة المخدرات والادمان ومعالجته وجندّت طواقم متخصصة من الأطباء والممرضين والعمال ممن لديهم دراية وخبرة في علاج المدمنين .

٧- اضطرابات الشخصية:

المقصود "بشخصية الفرد" هي المكونات الأساسية للفرد من جميع جوانبها؛ الجسمية والنفسية والعقلية والفلسفية، والاجتماعية والروحية، والعاطفية . . . ومن اضطرابات الشخصية هي :

أ- **اضطربات الشخصية الاضطهادية:** (Paranoid) وهذه الشخصية يتسم صاحبها بالشك والريبة وسوء الظن بمن حوله جميعهم مهما كانت درجة القربى لديه . كما أنه يرى دائماً أفعال الآخرين عدوانية وشريرة وموجه ضده . وهو دائماً ينتابه شعور بالذنب وأنه مضطهد وإنه سيعاقب على أفعال لم يقوم بها . وهؤلاء عادة لديهم مفهوم ذات غير واقعية متضخمة تفوق قدراتهم وامكاناتهم، فهم دائماً

يكبّرون الأمور ويعملون "من الحبة قبة" ومن الفأر أسداً. وهم ممن ينشرون الخوف والذعر لدى الناس عند حدوث أي كارثة أو مصيبة أو حادثة بسيطة.

ب- **اضطراب الشخصية الفصامية: (Schizotypal)**: تتسم شخصية الفرد المصاب بهذا الاضطراب بغرابة التفكير والسلوك. وهو عاجز عن تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين، وهو يؤمن تماماً بالخرافات وكلامه فيه كثير من الغموض.

ج- **اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (Antisocial)**: وتظهر هذه الشخصية لدى الفرد عند ممارسته سلوكيات غير مرغوب فيها ويرفضها المجتمع الذي يعيش فيه. وتبدأ مثل هذه الممارسات والسلوكيات مع الفرد منذ الطفولة وتستمرمعه إلى المراحل العمرية اللاحقة، مثل: السرقة والكذب، والعدوان والتخريب والاستهتار بالقيم والعادات والإساءة لشرف وعرض الآخرين. ويسعون دائماً وراءاللذة، ولا يتعلمون من خبراتهم ولا يحاسبون أنفسهم.

د- **اضطراب الشخصية الحدية: (Borderline)**: وهي الشخصية التي لايتميز أصحابها بلون أو سمة معينة لمكونات الشخصية، وتتسم بعدم الثبات الإنفعالي سواء كان ذلك مع النفس أو الأصدقاء وقد تسمى بالشخصية المزاجية وعادة يقوم هؤلاء الأشخاص بالتهديد للقيام بالسلوكيات غير المرغوب فيها وقد ينفذون تهديداتهم في بعض الأحيان مع أنهم غير مقتنعين بضرورة ووجوب قيامهم بهذا السلوك حتى ولو كان على درجة كبيرة من الخطورة مثل القتل أو الانتحار.

هـ- **اضطراب الشخصية النرجسيه: Narcissistic**: وهذه الشخصية تتميز بسمات تضخم حب الذات وزيادة اعجابهم بأعضائهم وبأنفسهم بشكل عام . . وأن الله سبحانه وتعالى لم يخلق مثلهم أحداً ويشعرون دائماً أنهم متفوقون وفوق الشبهات، لا يأتيهم الباطل لا من أمامهم ولا من خلفهم ولا من بين أيديهم. كذلك الناس من حولهم دون، ولا يتعاطفون معهم، ودائماً يميلون للاستعراض ويجب أن يعاملوا معاملة أفضل من بقية الناس ممن حولهم. وأصل مصطلح نرجسي جاءت من أساطير اليونان، عندما كان صبيا اسمه نرجس ينظر إلى صورته في الماء فأعجب بها، ومن شدة إعجابه بها سقط بالماء فغرق ومات وعلى أثرها نبتت زهرة جميلة أسماها اليونانيون بزهرة النرجس نسبة لهذا الطفل الوسيم اليوناني.

و- **اضطراب الشخصية العدوانية السلبية: (Passive Aggressive)** يميل أصحاب هذه الشخصية إلى التخريب والعدوان وإيذاء الآخرين ولا يعيرون اهتماماً للغيرية -ويتسمون بالسلوك المعاند-ويرجع سبب هذا العدوان إلى التربية والتنشئة الوالدية المتسمة بالعنف والقسر. وتظهر آثار هذه التنشئة على شكل اضطراب عدواني نحو الأخرين عندما يكبر. كما يتسم هؤلاء الأفراد بالإتكالية ونقص بمفهوم الذات، ويسعون إلى أساليب غير مرغوب فيها لتحقيق الذات، وعادة يمتازون بعدم الثقة بالنفس وهم كثيري الانتقاد لعمل الآخرين. ويتصلّبون بآرائهم ويتمركزون حول ذواتهم بشكل كبير. ولا يعترفون بوجه نظر غير وجهة نظرهم.

٨- الاضطرابات الجنسية:

يصاب بعض الأفراد باضطرابات جنسية تكون لها علاقة بالجانب النفسي . فقد يسلك بعض الأفراد سلوكيات جنسية شاذة فنقول أنه مصاب بالشذوذ الجنسي (Paraphilia) مثل الاستعراض الجنسي أو الأستعراء (Exhibitionism) وهو ميل الفرد للكشف عن أعضائه التناسلية للآخرين وعادة تحدث عند الذكور ويتم ذلك في الأماكن العامة أو في الخلوة أمام الذكور أو الإناث دون القصد منها ممارسة الجنس وقد يرجع سببها إلى الجنسية الزائدة أو بالعكس إلى الجنسية الضعيفه وهدفها تأكيد الذات، أو قد ترجع للقصور العقلي لبعض الأفراد .

كما يحدث الشذوذ الجنسي أيضاً عندما يستخدم الفرد أدوات أو ملابس لجلب الإثارة الجنسية وهي الأدوات التي تتعلق بالنساء وتكثر مثل هذه الإضطرابات والشذوذ عند الرجال أكثر منها عند الإناث وتسمى هذه السلوكيات "الأثرية" (Fetishism) وقد يسلك بعض الأفراد الذكور سلوكاً شاذاً مثل عملية الحكة "التحكك" (Frotteurism) حيث يحصل هذا الشاب المضطرب الشاذ على اللذة مع بعض النساء في الأماكن العامة المزدحمه كوسائل المواصلات أو الطوابير ويتم ذلك مع كون الأنثى بكامل لباسها وقد تحدث الممارسة الجنسية إذا كانت الضحية لا تعارض ذلك .

كما أنه قد يحدث الحب الجنسي للأطفال "Pedophilix" أي أن الشاب يمارس سلوكيات شاذة مع الطفلات الصغيرات أو حتى مع الأطفال من نفس الجنس سواء أكان على شكل تقبيل أو تعرية أو مداعبة . ولا يفرق هذا الشاذ بين الأقارب أو الأباعد . كذلك قد يمارس بعض الأفراد المضطربين

جنسياً حالة الحب الجنسي للتعذيب "السادي" : Sexual Sadism. ويتم ذلك بحصول الشاذ على الإثارة الجنسية ثم يصاحبها إيقاع الأذى بالضحية.

وقد يحدث الشذوذ الجنسي عند الأفراد أيضاً عن طريق التطلع الجنسي (Voyeurism): ويتم ذلك خلسة من النوافذ أو من الفتحات الصغيرة لغرف النوم ويحدث ذلك دون علم الأنثى وذلك عندما تهم بخلع ملابسها في منزلها. وقد يتم الشذوذ الجنسي عند ممارسة الجنس مع الحيوانات أو مع الموتى أو بالمعاكسات التليفونية.

كما تحدث الإضطرابات الجنسية عند الأفراد عندما يحدث اختلال الوظيفية الجنسية. مثل اضطربات الرغبة الجنسية مثل انخفاض الميل الجنسي عند الذكور وعند الإناث لأسباب مرضية مثل استئصال الثدي أو الرحم أو البروستاتا عند الذكور. وقد يتم ذلك أيضاً لأسباب نفسية مثل القلق والإكتئاب. كما أنه قد يحدث عزوف تام ونفور من الجنس للأسباب السابقة.

وقد يحدث ما يسمى الجنسية المثليه (Homosexuality): وهو اضطراب في الجنس مع الجنس الآخر لكنه يمارس الجنس مع الجنس نفسه (أي الذكر مع الذكر والأنثى مع الأنثى). وعادة تحدث مثل هذه الإضطرابات في المدارس الداخلية أو المعسكرات أوالسجون.

٩- **التأخر العقلي**: (Mental Retardation):

وهي حالة تتسم بمستوى وظيفي أقل من المتوسط وتبدأ هذه الحالة خلال فترة النمو ويصاحبها قصور في السلوك التكيفي للفرد. ويشكلون هؤلاء الناس على المنحنى الطبيعي للذكاء "منحنى غوس للذكاء" ما يقارب

٥,٢٪. إذا لم يضاف إليهم فئة بطيئي التعلم (Slowlearners). وللتأخر العقلي مستويات، هي: التأخر البسيط Mild نسبة ذكائهم يتراوح بين ٥٢٪-٦٩٪ ولديهم استعداد للتعلم حتى نهاية المرحلة الإبتدائية. والتأخر العقلي المتوسط ونسبة ذكائهم بين (٣٦٪-٥١٪) (Moderate) يمكنهم الاعتماد على أنفسهم بشكل جزئي. والتأخر العقلي الشديد (Severe) تتراوح نسبة ذكائهم بين (٢٠٪-٣٥٪). والتأخر العقلي الشامل (Profound) وتقل نسبة ذكائهم عن (٢٠٪) ويشكلون ١٪ من كل المتأخرين عقلياً.

الفصل الرابع

سمات الشخصية واضطراباتها عند الأفراد.

الفصل الرابع

سمات الشخصية واضطراباتها عند الأفراد.

إذا تعرضت جوانب الشخصية إلى صراعات بين مكوناتها أدى ذلك إلى اضطراب وسوء في انسجامها، فقد ينشأ ما يسمى بالشخصية العاجزة من الناحية الجسمية والعقلية عند بعض الأفراد. فيصبحون غير قادرين على التكيف وينقصهم الطموح ويفشلون في متابعة دراستهم أو في تحقيق أهدافهم.

يتسم بعض الأفراد فيما يسمى بالشخصية الفصامية ومن سماتها الإنطواء والبعد عن الناس والحساسية الزائدة والتردد في اتخاذ القرار، والوهم، والكبت لعواطفهم. كما يتسم بعض الأفراد بالشخصية الهستيرية إذ يعاني أصحابها بعدم الاستقرار الانفعالي والتقلب في السلوك والذبذبة السريعة في المواقف وتقمص شخصيات الآخرين.

إن للبيئة الاجتماعية دور مهم في تشكيل شخصية الفرد وبخاصة الخمس سنوات الأولى من عمره. فللأسرة دور هام في تشكليل شخصية الطفل. لذلك لا يحيا الطفل حياة بشرية إذا لم ينشأ في بيئة أسرية طبيعية فهي تمنحه صفاته البشرية وفرديته المميزة. فالطفل يتعلم المشي والأكل والشرب والتعامل مع الآخرين بطريقة إنسانية عن طريق أسرته. وبفعل

الحنان الذي يقدمه الوالدان وبفضل الرعاية والأمان والحماية والمساعدة تتكون الشخصية السوية التي يفتقدها أطفال الملاجئ أو اماكن دور الحضانة أو الأمهات البديلات.

إن السلوك الراشد هو امتداد للخبرات السابقة من حياته فالطفل إذا تعلم مضمون ومعايير والديه أصبح يعاقب نفسه كلما ارتكب سلوكاً يظن أن والديه يعتقدان أنه سيتحق العقاب. فالذات العليا (الأنا الأعلى) إذا تكونت عند هذا الطفل فإنه يكون قادراً على محاسبة نفسه ومعاقبتها من خلال عملية التقمص بالتزام معيار خلقي معين. لقد أثبتت الدراسات والبحوث أن ترتيب الطفل في الأسرة له تأثير على شخصية الأفراد. فمثلاً سمات شخصية الطفل الأول تتسم بالتردد، والغموض والإنطواء وهو فظ بالكلام، إتكالي، ويتسم بالتسلط والغيرة والحسد ويثور بسرعة ومدلل ويميل إلى عدم تقبل الأوامر.

أما سمات شخصية الطفل الثاني فإنها تتسم بالعصامية، اجتماعي مغامر، مرح، لطيف. لكن الطفل الأوسط اثبتت البحوث أن سماته الشخصية تتسم بالمكر والدهاء وإنه أقل ثقة بالنفس من باقي أخوانه. أما إذا كانت أنثى فإنها لا تهتم بمظهرها الخارجي، كما أنه يستدر العطف من الآخرين، ومتحيز.

أما بالنسبة للطفل الأخير في العائلة فهو واثق من نفسه كثيراً عفوي ذو طبيعة هادئة، شهم، مسامح، انبساطي، يتقمص، متذمر كثيراً من أخوانه، لا يتحمل المسؤولية. كثير التعلق بوالديه. يحب أن يعامل على أنه صغير ويسعى لينال حباً زائداً.

كذلك اثبتت الدراسات والبحوث أن للطفل الوحيد في الأسرة سمات معينة مثل: لديه علاقات طبيعية مع الآخرين، يكون مركز اهتمام الجميع يلقى الرعاية الزائدة، لا يتحمل المسؤولية، يفكر بنفسه كثيراً يتوقع أن يحصل على ما يريد. وهذه لمحة بسيطة عن سمات الشخصية لأنواع كثيرة من الأفراد.

سمات الشخصية العادية (السوية).

المقصود بالشخصية العادية (السوية) هي عندما يكون لدى الفرد توافق نفسي وجسمي، ويكون غير مضطرب، كما أنه يقوم بالنشاطات الحيوية الحياتية جميعها بإطمئنان واستقرار نفسي وجسمي. ومن السمات الشخصية السوية هي: الخلق القويم، الكفاءة والكفاية، الاتزان، والقدرة على مواجهة مطالب الحياة وضغوطها والتغلب على أزماتها في أغلب الأحيان كما أنه لا يعاني من الاضطرابات النفسية أو العقلية أو الجسمية، ويتمتع بشخصية متكاملة بجميع جوانبها. لكن هذا لا يعني أن هذا الفرد الذي يمتلك السمات السابقة لا تواجهه مشكلات حياتية بل باستطاعته أن يتمثلها ويحتويها دون أن تؤثر سلباً على سلوكياته.

اضطرابات الشخصية التكوينية:

المقصود بها الاضطرابات التي تحدث للفرد بفعل العامل الوراثي أو التكويني أو الخلقي ولا دخل للفرد أو البيئة بتكوينها. أي لها علاقة بتركيب الشخصية وبنائها والأمثلة عليها؛ الشخصية الفصامية والشخصية

الإضطهادية، والشخصية الهستيرية. أما الشخصية الفصامية والهستيرية فقد سبق الحديث عنهما وأما بالنسبة للشخصية الإضطهادية فهي الشخصية التي يتسم فيها الفرد بالشك والريبة وسوء الظن بالآخرين ويترك نفسه فريسة للأفكار غير العقلانية ويعتقد أن أقرب الناس إليه يدبرون له المكايد ويتبنى شعاراً: (الأقارب عقارب) كما أنه يعتقد أن الناس جميعاً لا يوثق بهم ويتهم أقرب الناس إليه بالخيانة. وأعمال الآخرين دائماً يشعر أنها عدوانية، وهو دائم التذمر ويشعر بالظلم من أي إنسان يتعامل معه.

اضطرابات الشخصية المزاجية:

وهي الشخصية التي يتسم صاحبها بالتقلب والتلون ويكون فاقداً الإتزان الانفعالي وتتقلب سلوكه بسرعه كبيرة أي يسلك النقيض في فترة قصيرة من الزمن وتكون فترة الإستمرار على نوع السلوك قصيرة فينتقل من الفرح إلى الغضب بسرعة ومن الخوف إلى الاطمئنان ومن الكسل والخمول إلى النشاط والهيجان ومن القوة وعرض العضلات إلى الضعف والاستكانة والذل ومن الهزل إلى الجد. وعادة يسلك مثل هذه السلوكيات السارقون والمدمنون والمتسولون. كما يتصف أصحاب هذه الشخصية بالإتكالية والعجز وهم عادة يتسمون بالسلبية ويكثرون من التنظير دون المواقف العملية الواقعية ويكثرون من انتقاد الآخرين وانتقاداتهم غير بناءة ويكثرون من نقد الأشخاص وليس الأفكار.

اضطربات الشخصية غير الاجتماعية:

وهي الشخصية التي يتسم صاحبها بسلوكيات معادية لقيم وقوانين وعادات وتقاليد وأعراف المجتمع الذي يعيش فيه ومن هذه السلوكيات : الإدمان على الكحول والمخدرات والإنحراف والشذوذ الجنسي . كذلك السلوكيات ضد المجتمع أي السلوك السايكوباثي .

السلوك السايكوباثي:

إن تربية الأفراد منذ الصغر تربية صالحة تصنع جيلاً ومجتمعاً صالحاً . أن للأسرة والمدرسة والمسجد والجامعة دور كبير في تهذيب النفوس ومحاربة الجريمة أو الجنحة . لقد سمى بعض المربين والمصلحين السلوك الشاذ عند الأفراد بالسلوك السايكوباثي واختلفوا في تصنيف هذا الاضطراب أو المرض هل هو عصابي؟ أو ذهاني؟ أو هو خليط من عوامل مختلفة . وهل هو مرض خاص منفرد بذاته؟ أم هو نمط من أنماط الشخصية؟ . وقد وصفه آخرون بأنه : " جنون خلقي ، أو بله خلقي " . لكن البعض توصل إلى تعريف خاص للسلوك السايكوباثي وهو : (الذي يتصف صاحبه بعدم النضج العاطفي أو الطفولية مع نقص في القدرة على استخدام العقل والانتفاع من التجارب والخبرات السابقة . وهو عرضة لانفعالات آنية ، لا يحترم من خلالها الآخرين . كما أنه لا يتمتع بالاتزان الانفعالي وأنه يتقلب بسرعة بين حالتي النشوة والكآبة) . لكن البحوث والدراسات توصلت إلى أن ما يميز الشخصية السايكوباثيه هو :

١- **ضعف الضمير:** مفهوم الضمير هو القوة الرادعه للفرد لمنعه من القيام بسلوكيات غير مرغوب فيها، وهذه القوة تنمو مع الفرد بفعل التنشئة الوالدية، والتربية الدينية والخلقية السليمة. كما أن للتوجيهات الاجتماعية وللجماعات، والجهات المرجعية للأفراد دور كبير في بنائها وتعزيزها. أما بالنسبة لبعض الأفراد ممن لا يحظون بتنشئة والديه سليمة، ويلتقطهم رفاق السوء، ويقسو عليهم المجتمع، فإن ضميرهم لا ينمو بشكل سليم. إن القوة التي لمثل هؤلاء الأفراد تكون باتجاه عكسي وسلبي فهي تساير نزوات ورغبات الفرد وتشبع غرائزه بطريقة غير قانونية أو اجتماعية أو عقلانية.

٢- **التمركز حول الذات:** بعض الأفراد تنمو أجسامهم وتنمو أيضاً بعض جوانب الشخصية لديهم، لكن البعض الآخر لا ينمو، إذ يتعطل نموهم الاجتماعي أو النفسي، أو الروحاني، كما يتعطل عند بعضهم مفهوم الغيّرية وتسيطر عليهم الأنانية ولا يعتقد بوجهة نظر غير وجهة نظره، ولا يعترف بمصلحة غير مصلحته. كما أنه يستمر السلوك الأناني الطفلي عنده مع أنه قد مر بمرحلة عمرية كبيرة. وشغله الشاغل هو الوصول لأهدافه الخاصة وإشباعه حاجاته دون الاكتراث بمشاعر ومصالح الآخرين وغير مهتماً بالضرر الذي سيلحق بهم.

٣- **عدم الاستفادة من الخبرات السابقة:** هؤلاء الأفراد ممن يتسمون بالسايكوباثيه لا يجيدون الربط بين الحاضر والمستقبل، ولا يستفيدون من أحداث الماضي. إن أصحاب السلوك السايكوباثيه تضعف عنده رابطة التنسيق بين أحداث الماضي ومقارنتها بالحاضر للاستفادة منها في المستقبل. ويتنصل من التزامه متذرعاً بأعذار واهية غير مقنعة له ولا للآخرين من حوله.

٤- **ضعف صلة الفرد بالآخرين:** من سمات الفرد السايكوباثي أنه لا يعطي الحب للآخرين، وليس له أصدقاء، وإن حدث ذلك فسرعان ما ينكشف أنه أناني غير جدير بأن يصادق، حتى وإن كسب عطف إنسان ما سرعان ما يخون وينجرف نحو مصالحه وإشباع حاجاته ولو كانت على حساب الآخرين ومصالحهم. التضحية غير موجودة في قاموسه، والوفاء والإخلاص مجرد كلمات جوفاء يبررها دون أن يحاول ولو لمجرد المحاولة ترجمتها عملياً حتى ولو مرة واحدة في حياته. كما أن سلوك السايكوباثي يأتي على شكل اندفاعات سريعة غير مخطط لها، تأتي وفق رغباته ونزواته الآنية. وهو غير مكترث بعواقب الأمور حتى لو أدى ذلك إلى إلحاق الأذى بالآخرين.

٥- **صعوبة العلاج:** أصحاب السلوك السايكوباثي يصعب علاجهم بالشدة أو حتى بالإقناع . . لأنهم لا يؤمنون إلا بمصالحهم. لذلك يمكن القول بأن الاستمرار بإرشادهم أو محاولة استرضائهم ضياع للوقت والجهد، والطريقة الوحيدة للتعامل معهم هو عن طريق مصالحهم، ومع ذلك يخادعون وليس لهم مواثيق. كما أن الدراسات والبحوث جميعها أثبتت أن معظم هؤلاء السايكوباثيين يتمتعون بنسبة ذكاء أعلى من المتوسط ولديهم سعة عقلية كبيرة.

أسباب السلوك السايكوباثي:

إن أسباب السلوك السايكوباثي متداخلة ومتفاعلة لدى الفرد، فهي جاءت ضمن تصور كثير من المختصين والباحثين منها:

١- **السبب الوراثي**: بالرغم من أن الدراسات والأبحاث لم تؤيد توارث السلوك الإنساني إلا أن بعض الدراسات قد أيدت توارث السلوك السايكوباثي لدى الأفراد، وظهوره عند كثير من الأسر دون غيرها. فقد أظهرت بعض الدراسات أن كثيراً من السلوكيات الضارة بالمجتمع مثل التخريب العام، الإيذاء العام، الإدمان على المخدرات أو الكحول هو متأصل بعائلات محددة دون الأخرى. لكن هذا ليس بالضرورة أنها موروثة عن طريق الصبغيات (الكروموسومات).

٢- **السبب البيئي**: إن علماء النفس متفقين تماماً أن الخمس سنوات الأولى هي التي تحدد مكونات الشخصية لدى الفرد. كما أن للأسرة دور كبير في اكتساب الفرد السلوكيات جميعها المرغوب فيها وغير المرغوب فيها. كما أن الدراسات والبحوث أثبتت أن للأم الدور الكبير في التنشئة السوية أو الشاذة. إن غياب الأم عن الطفل في السنوات الخمس الأولى له مساوئه الكبيرة على سلوك الفرد. إن الحرمان الذي يعاني منه الطفل بسبب غياب الأم فجأة له انعكاسات سلبية مستقبلية على سلوكه السايكوباثي، كما أن البحوث النفسية أثبتت أن طريقة الرضاعة لدى الأفراد منذ الصغر من الام أو الزجاجة لها دور في حياة الفرد كذلك قيام الام نفسها بارضاع الطفل من الزجاجه أو غيرها أيضاً له دور آخر. كذلك اللمس والنظر والشم والسمع الذي تقوم به الأم، أو لم تقم به له انعكاسات إيجابية أو سلبية على السلوك السايكوباثي عند الفرد. كما أن الأمهات العاملات وابتعادهن عن أطفالهن، وبقاء الطفل مدة كبيرة في دور

الحضانة له تأثير عال على السلوك السايكوباثي لدى الأفراد.

٤- **السبب التكويني الخلقي للدماغ:** إن بعض الأفراد يولدون ولديهم نقص في تركيب الدماغ، فقد اكتشف المختصون أن للتيارات المخية عند كثير من الافراد السايكوباثين تختلف عن التيارات المخيه عند الأفراد الأسوياء. إن هؤلاء المضطربين أو المرضى أصحاب السلوك السايكوباثي أقرب إلى الأفراد المصابين بالأمراض العقلية منه إلى الأسوياء، وبخاصة عند ممارستهم السلوكيات الضاره.

أنواع الشخصية السايكوباثية:

يمارس الأفراد السايكوباثين سلوكيات معينة ومختلفة لذا يمكن أن تعرف هذه الشخصيات بسلوكيات مثل:

أ- **الشخصية السايكوباثية العدوانية:** يتسم هؤلاء الأفراد بالسلوك العدواني على الآخرين بسبب أو بدون سبب مقنع، سواء كان للأقران أو المقربين أو حتى يمكن أن يؤذي السايكوباثي العدواني نفسه. ويمكن أن يندم بسرعة، كما أنه يندفع بسرعة. كما أن هؤلاء الأفراد لا يستفيدون من خبراتهم السابقة ولا يردعهم العقاب ولا يستطيعون تكوين صداقات طويلة مع الآخرين.

ب- **الشخصية السايكوباثية المتخلفة عاطفياً واجتماعياً:** يتسم هؤلاء الأفراد بعدم النضوج الإنفعالي والعاطفي والاجتماعي. فهم غير قادرين على بناء علاقات عاطفية مع الجنس الآخر، وإذا حدثت فهي لا تدوم طويلاً، كما أنهم عاجزين عن تكوين صداقات متكافئة مع

اقرانهم لكنهم قد يبنون مثل هذه العلاقات الاجتماعية مع أفراد أصغر منهم سناً. حيث أنه يسهل خداع الصغار. وتكون هذه السمات واضحة في بداية مرحلة المراهقة والشباب.

ج- **الشخصية السايكوباثية الإتكالية وغير المكترثة:** تتسم شخصية هؤلاء الأفراد باللامبالاة وعدم الإكتراث للقيم والعادات والتقاليد ويلجأوون إلى الكذب والغش والمواربة، وذلك لتحقيق أهدافهم بجهود سهلة دون عناء، ولو كان على حساب الآخرين وغير مهتمين لنقد أو صد، أو ردع للآخرين لهم.

د- **الشخصية السايكوباثية المؤذية (المخربة):** يتسم سلوك هذه الفئة من الأفراد بالضرر بالممتلكات العامه والخاصه دون جني اي نفع يعود عليهم، كأن يحرقون المزروعات او تكسير اضاءة الشوارع أو تقطيع اسلاك التليفونات العامه، او كسر شبابيك وأبواب العمارات المهجوره. إن هؤلاء الافراد يقومون بمثل هذه السلوكيات وكأنها مفروضه عليهم القيام بها وبشكل قسري. عندما يمارس هؤلاء الافراد مثل هذه السلوكيات يشعرون بنشوة الانتصار.

هـ- **الشخصيه السايكوباثيه الابداعيه:-** يعتقد بعض المهتمين أنه توجد علاقه بين الابداع وبعض السلوك السايكوباثي لدى بعض المنحرفين، مثل: الرقص، الغناء، الرسم، النحت، الشعر. لكن مثل هذا الاعتقاد لم تثبته الدراسات الميدانيه. لكن يمكن القول أن بعض المبدعين لديهم سلوكيات غير اخلاقيه ومرفوضه من المجتمع الذي يعيش فيه، لكن لا يعني ذلك انه لها علاقه بأبداعه. أي أن الافراد ليسوا أنبياء معصومين من الخطأ، وحتى عند وقوعهم بخطأ ما فإن

هذا لا يعني أنهم يقعون في خانه الشذوذ كل الوقت. وكما أسلفنا فإن السواء والشذوذ نقطتين متباعدتين تقعان على خط واحد وما بينهما مكان ما هو شاذ وما هو سوي وفق قربه اوبعده من احدى النقطتين.

ويمكن القول انه كلما اتزنت مكونات الشخصيه وتكاملت كلما كان الفرد أقدر على السلوك السوي ومواجهه مشكلات الحياة ومواقفها. وكلما كان الفرد أقدر على التوافق والتكيف في مواجهه المواقف الصعبه والظروف المناسبه. فشخصيه الفرد هي بلا شك نتاج التفاعل المستمر بين الوراثه والبيئه التي يعيش فيها هذا الفرد والتي تؤثر ويتأثر فيها عن طريق التمثّل والتلاؤم (التأقلم).

كما أن خصائص الشخصيه يمكن أن تتأثر بالبنيه البيولوجيه للشخص مثل طوله او قصره او لونه او وزنه، وهذا الأمر كغيره من الامور الاخرى. فهو لا يزال الجدل يدور حول الخصائص الفسيولوجيه مقابل الخصائص السلوكيه مثال: قد يبني الشخص طويل القامه استجابات معينه داخل نموذجه السلوكي. فمثلاً كثير ما يواجهه الاشخاص ذوي القامه الطويله عديداً من التساؤلات مثل: كيف الطقس هناك؟. هالو يا اذاعه؟...

وقد تتدرج الاستجابات من حسنه إلى استجابات سيئه ومؤذيه، بغض النظر عن تعدد وتباين الاستجابات، فإن الشخص الطويل القامه يميل إلى خبرة هذه المواقف جيداً، اذا ما قورنت بخبره الشخص قصير القامه الذي لا يخبر عن الشيء نفسه. وقد يؤثر مثل هذا التكرار في شخصية الفرد.

وفي نهايه القول لا بد من التأكيد على ما جاء به القرآن الكريم في عدة

مواطن ومن عدة وجوه قيمة الأنسان وشخصيته الفريدة المتميزه عن سائر الكائنات في تكريمه وفي اهليته للاستخلاف في الارض إن الانسان اذا حدث له طارئ افسد فطرته او أعشى بصيرته فإن ظل كذلك مصراً مكابراً لا يعنيه من الحياه إلا جسمه وغرائزه فإنه بلا شك سيخسر انسانيته السويه وعلاجه في ذلك هو الايمان بالله والعمل الصالح . متمثلاً قول الله تعالى في سوره العصر :

«والعصر إن الانسان لفي خسر إلاّ الذين آمنوا وعملوا الصالحات وتواصوا بالحق وتواصوا بالصبر» . والإنسان الذي ينتابه وهن او غفله أو ضعف فإن الله تعالى قد فتح له ابواب الانابه والتوبه ليعود إلى صفاته السويه متجدداً اشد ما يكون الصفاء الانساني السليم حيث يقول رب العزه :

«والذين إذا فعلوا فاحشه أو ظَلَموا انفسهم ذكروا الله فاستغفروا لذنوبهم ، ومن يغفر الذنوب إلا الله ولم يُصرّوا على ما فعلوا وهم يعلمون . أولئك جزاؤهم مغفرةٌ من ربهم وجنات تجري من تحتها الانهار خالدين فيها ونعم اجر العاملين» (سورة ال عمران ١٣٥ - ١٣٦).

الفصل الخامس

الامراض العصابيه (النفسيه) والذهانيه (العقليه)
ودور البيت والمدرسة والعمل على ايجاد
الصحه النفسيه لدى الافراد

الفصل الخامس

الامراض العصابيه (النفسيه) والذهانيه (العقليه) ودور البيت والمدرسة والعمل على ايجاد الصحه النفسيه لدى الافراد

مقدمه:

انَّ السلوك الانساني متنوع ومواقفه متعدده وذلك لإختلاف الأنشطه الحياتيه التي يمارسها الفرد. لقد اثبتت الدراسات والابحاث انَّ الامراض النفسيه والعقليه تعطي اعراضاً في الجوانب التي تتعلق بالأنشطه العقليه التي يتميز بها الانسان عن بقية الكائنات الحيه الاخرى. ومن هذه الأنشطه العقليه: الادراك، التفكير، التذكر، الاسترجاع، الترميز، الانفعالات الوجدانيه، القدرة على اتخاذ القرار، المباداه، الميول، الاتجاهات، القدرة على التصرف في المواقف المختلفه. لذلك قد يصعب على الناس العاديين التفريق بين الامراض النفسيه والعقليه اذ انَّ بعض علماء النفس يعدّون الفرق بين هذه الامراض هي بالدرجه وليس بالنوع.

الفرق بين الامراض العصابيه (النفسيه) والذهانيه (العقليه):

المقصود بالامراض العصابيه هي حالة الاضطراب التي تحدث للفرد بحيث لا يستطيع التمييز بين المثيرات المختلفه. ويحدث هذا الاضطراب

الانفعالي نتيجه للقلق الشديد الذي يعاني منه الفرد. اذ انّ القلق هو محور الاضطراب النفسي، وقد يتفاوت هذا الاضطراب من حالات الهستيريا والوساوس إلى الفوبيا (المخاوف المرضيه)، والاكتئاب وغيره. ولذلك يمكن القول انَّ الاضطراب النفسي ذو منشئ نفسي وبعيداً عن السبب الوراثي.

اما الاضطرابات العقليه فهي تنتج للفرد بفعل خلل عضوى يحدث لخلايا الدماغ، وقد تكون نتيجة التفاعل بين العوامل الوراثيه والبيئيه، مما قد يؤدي إلى تكوين هذه الاضطرابات العقليه. وقد اجرى علماء النفس دراسات كثيره على الفصام (الشيزوفرينيا)،

واثبت العلماء وجود تاريخ لهذه الاضطرابات في عائلات يعاني افرادها من هذه الاضطرابات وهذه بعض الفروق بين الامراض العصابيه والذهانيه:

١- يصيب المرض النفسي جانباً معيناً من شخصية الفرد، ومن سلوكه، اي انه يبدو فيما بعد انساناً عادياً بعد زوال الاضطراب ويمارس حياته العاديه، ويقوم بنشاطاته الحيويه كامله. في حين انَّ المرض العقلي الذهابي يصيب شخصية الفرد كلها ويصبح عاجزاً عن القيام بنشاطاته الحيويه وغير متكيفاً مع الوسط الذي يعيش فيه.

٢- يبقى المريض نفسياً على اتصال مع البيئة المحيطه به، ويبني علاقات عاديه مع الاخرين. في حين انَّ المريض عقلياً ينقطع اتصاله وتواصله مع الآخرين، ويصبح عاجزاً عن تكوين علاقات طبيعيه عاديه مع الاخرين.

٣- المرض النفسي قد يصيب الافراد جميعهم وفي المراحل العمريه المختلفه، اطفالاً وشباباً وشيوخاً. أما المرض العقلي عادة يظهر في المراحل العمريه المتقدمه وقليلاً ما يصيب الاطفال.

٤- المريض النفسي يقدّر امكاناته ويعي مرضه ويستوعب الصعوبات التي يعاني منها، ويسعى في طلب المساعدة والعلاج والتخلص من هذه الاضطرابات. لكن المريض عقلياً لا يعي حقيقه امره وغير مدرك للصعوبات التي يمر بها، لانه لا يعرف حقيقه نفسه ولا يدرك قدراته وامكاناته بل ويرفض المساعده من الاخرين وينزعج كثيراً اذا طُلب منه ان يذهب إلى الطبيب للعلاج.

٥- اسباب المرض النفسي عادة يكون بيئي نتيجه القلق والصراعات واساليب التنشئه غير السويه للاسره او الاساليب القسريه والعقاب الذي يمارس في المدرسه كما انَّ للخبرات السابقه غير المرغوب فيها دور كبير لهذه الامراض النفسيه كما انَّ للاحباطات التي يعاني منها الفرد منذ الطفوله لها انعكاسات سلبيه على النمو النفسي للفرد في المراحل العمريه اللاحقه. في حين انَّ اعراض المرض العقلي ينتج عن خلل في خلايا الدماغ والجهاز العصبي وذلك بسبب عضوي، كما انَّ للاستعداد الوراثي الكروموسومات او الصبغيات لها الدور الكبير في نقل بعض الامراض العقليه من الاباء والاجداد المصابين بهذا المرض العقلي إلى الابناء والاحفاد.

٦- يستطيع المريض نفسياً السيطره على سلوكه وتصرفاته ويعي افعاله ولا يفقد بصيرته وذاكرته. في حين ان المريض عقلياً يفقد بصيرته وذاكرته، ولا يعي ما يتصرف ولا يستطيع ضبط سلوكه.

٧- يمكن علاج المريض نفسياً، ويُبدي تحسناً ملموساً واستجابه ظاهرة لنتائج العلاج، في حين يصعب علاج الامراض العقليه وتكون نتائج العلاج غير مضمونه في كثير من الاحوال.

٨- يؤذي المريض نفسياً الاخرين من حوله، وقد لا يلحق الاذى بنفسه. في حين أن المريض عقلياً قد يُلحق الاذى والضرر بنفسه وبالآخرين من حوله ويلحق الاذى بالمجتمع الذي يعيش فيه.

٩- يعالج المريض نفسياً في عيادات الاطباء النفسانيين، او لدى المرشد النفسي وخارج العيادات الطبيه ولا يحتاج لوقت طويل. في حين أن المريض عقلياً يحتاج إلى المكوث فتره طويله في المستشفيات الخاصه لعلاج هذه الامراض ويعتمد طول المده وفق حالة المريض عقلياً.

١٠- يمارس المريض نفسياً حياته الاسريه والزوجيه بشكل شبه طبيعي ويبني اسرة طبيعيه. في حين أن المريض عقلياً يكون غير قادراً على ممارسه حياته الاسريه، كما انه يصعب عليه التعايش مع اسرته والتكيف معهم. بل عادة ما يوضع المريض عقلياً في مصح خاص للأمراض العقليه ويتم الحجر عليه، او يُفرض عليه الاقامه الجبريه داخل منزله.

تصنيف الامراض النفسيه والعقليه

يوجد تداخل كبير بين اعراض الامراض النفسيه والأمراض العقليه إلا أن بعض علماء النفس يصنفون هذه الأمراض وفق ابعادها واعراضها إما

نفسيه، وإما عقليه، وإما نفسيه جسميه، واما اضطرابات سلوكيه وهي كما يلي:

١- العصاب والاضطرابات الانفعاليه، وتشمل: الصراع، القلق، الاحباط، الاكتئاب، الكبت، العدوان، الهستيريا.

٢- الذهان ويشمل: الفصام، وذهان الاضطهاد «البارانويا» وعادة يتسم المصاب بهذا المرض بالشك والغيره، ويميل إلى المباهاه والمبالغه والمغامره، كما تعتريه حالات من الضيق والحزن الشديدين كما أن هؤلاء الافراد المصابين بذهان الاضطهاد يتسمون بحب الانتقام وايقاع الاخرين في مشاكل مختلفه لأسباب غير حقيقيه، بل يقوم المصاب بنسجها من خياله الواسع دون أن يتورط بها، كما يقوم بحلف الايمان امام المسؤولين والقضاء متهماً زملائه او جيرانه باعمال لم يقوموا بها، وقد يصل هؤلاء الافردا إلى مناصب عليا بالحياة العمليه ويُسمى هؤلاء الافراد «بشهود الزور».

٣- الامراض النفسيه الجسميه (psychosmotics) وهي الأمراض التي تسمى نفسيه المصدر جسميه المظهر، او نفسيه الاصل جسميه الفصل.

وهي مثل: القرحه، الربو الشعبي، العصاب القلبي، تصلب الشرايين، ضغط الدم، البدانه، النحاله.

٤- الأضطرابات المتعلقه بتلف المخ والجهاز العصبي والعقلي بشكل عام.

٥- الضعف أو التأخر العقلي. سواء كان التأخر العقلي البسيط (Mild)، او التأخر العقلي المتوسط (Modrerate)، او التأخر العقلي الشديد (severe)، أو التأخر العقلي الشامل (ProFound).

٦- الاضطرابات السلوكيه وتشمل: الادمان على المخدرات والانتحار، والشذوذ الجنسي، وانحراف الاحداث والسرقه والكذب.

اعراض الامراض النفسيه والعقليه:

توجد اعراض كثيره للأمراض النفسيه والعقليه، وذلك لتعدد سلوك الأفراد المصابين بهذه الأمراض مثل:

ا- **اضطرابات الذاكره:** المقصود بالذاكرة هو قدرة الفرد على استرجاع المعلومات المكتسبه السابقه بعد استقبالها وادراكها وترميزها قد لا تنجح محاولات استعمال المعلومات المختزنه في الذاكرة بصورة مستمره وفي مثل هذه الحالات يُعزى النسيان إلى الاخفاق في الاستعاده. وقد قُدم العديد من التفسيرات لهذا الأخفاق في الاستعادة منها؛ عدم وجود مؤشرات استعادة مناسبه، او تدخل بعض العوامل الاخرى وهذا ما يطلق عليه «تنافس المعلومات» المختزنه بالذاكرة مثال:

قد يخفق احد الاطفال في القيام بعملية استعادة عندما يُطلب منه ذكر اسماء اخوات واخوة والده او والدته، لان التعبير الذي غالباً ما يستعمله الطفل مع هؤلاء جميعاً هو العمات والاعمام والخالات والاخوال.

إن مؤشرات الاستعاده المتاحه في هذا المثال قد لا تستدعي الاستجابه المناسبه ومن ثم يحدث النسيان.

لقد ذهب بعض علماء النفس إلى أن حالات النسيان جميعها يجب أن تُعزى إلى كل من الاخفاق في الأختزان أو الأستعادة كما أنَّ تغيير بيئة المتعلم لها تأثير كبير في عمليه الاستعادة والاسترجاع، فإذا اختلفت بيئة الاكتساب عن بيئة الاسترجاع فإنه قد يؤدي إلى النسيان. لذا يمكن القول في هذه الحاله أن التعلم قد ارتبط بظروف الاكتساب.

إن عمليه النسيان ثنائيه يقابلها التذكّر، وهناك ما يسمى بالذاكرة قصيرة المدى، وذاكرة طويله المدى. إن علماء النفس يدرسون النسيان اثناء النوم حيث تبدو الذاكره طويله المدى في حاله خمول كما أنهم يدرسونها اوقات اليقظه وبعد مرور فتره من الزمن على حدوث الاشياء. لذا يمكن القول أن فقدان الذاكره أو حالة الاضطراب فيها تدل في اغلب الاحيان عندما لا تكون مرتبطه بمرض عضوي على اضطراب عصابي او ذهني.

ب- **الاضطرابات الادراكيه:** قد يصاب بعض الأفراد بمرض التخيلات غير الواقعيه، وقد تظهر نتيجه منبهات خياليه. إذ يرى المصاب بهذه التخيلات بعض الصور او الاشخاص التي لا تكون لها وجود وهو في حالة الوعي. وقد يكون سبب مثل هذه التخيلات له ارتباطات بالواقع الذي يعيشه الفرد، وللاحداث التي يمر بها، والعلاقات الاجتماعيه التي تربط الافراد المحيطين به.

كما أن مثل هذه الاضطرابات قد يكون لها ارتباط وأصل بالخمس سنوات الاولى من حياة الطفل. اي أن للخبرات السابقه للفرد دور كبير بمثل هذه التخيلات، كما أن انقطاع بعض الأفراد عن تناول بعض المنبهات او المشروبات المعتادة فجأه، تؤدي لمثل هذه الاضطرابات، كما أن الافراط بتناولها يؤدي ايضاً الفعل نفسه. كذلك حرمان بعض الأفراد من النوم يؤدي ايضاً إلى الاضطرابات الادراكيه لديهم.

جـ- اضطرابات التفكير: يمر كثير من الأفراد بحالات اضطراب بالتفكير يتفاوت بقاء هذا الاضطراب عندهم من شخص لاخر وفق السمات الشخصيه للفرد، ووفق سبب الاضطراب نفسه، لذلك قد تكون هذه الاضطرابات مؤقته، وقد تكون طويله المدى. ومما يدل على وجود هذه الاضطرابات هو سلوك الفرد المضطرب والذعر الظاهر على تصرفاته بسبب أوهامه ومخاوفه، وطريقه تفكيره في تفسير كثير من الأحداث والتجارب التي يخوضها. لذلك قد يحدث للفرد أن يضخم كثير من الامور والأحداث مع أنها قد تكون عاديه أو أقل من عاديه. أي اقل مما هي عليه عند الافراد العاديين كما أنه قد يقوم هذا الفره الذي يعاني من اضطرابات بالتفكير بالحذف أو بالتشويه لبعض الأحداث وذلك عند قيامه بحذف جمل او كلمات من سياق الموضوع بحيث يظهر حديثه غير مفهوم وغير متصل وغير مترابط، كما أنه قد يكون كلامه متسقاً ومتكاملاً لكنه يصبح مملاً من كثرة تكراره على مسامع الأشخاص نفسهم من حوله. وعادة ما يعاني هؤلاء الافراد الذين يعانون من اضطرابات في التفكير بداء العظمه ويتحدثون في بعض الحالات بثقه ويعتقدون أن الناس من حولهم مقتنعون بحديثهم، والغريب بالامر أنهم لا يتقبلون نقد افكارهم، لذا من الصعوبه تغيير البُنى العقلية لديهم ونظرتهم لأنفسهم من مرض العظمه الذي يعانون منه.

د- عدم القدرة على الانجاز والاداء الجيد: لا يستطيع الأفراد المصابين بالاضطرابات النفسيه او الذهانيه من مزاوله النشاطات الموكله إليهم باتقان، إذ انهم يعانون من صعوبه في الاتزان الانفعالي، كما يصعب عليهم أن يقوموا باتخاذ القرار. حيث ان من سماتهم التردد

والتشكيك بقدراتهم، والتحول من موضوع لاخر بسرعه عند حديثهم، ويرجع ذلك لكثره وجود الصراعات المتولده من دوافعه المتعدده. ولما كان اتخاذ القرار يتوجب وجود جهود عقليه ونفسيه وجسميه واتزان انفعالي لدى الافراد الاسوياء، وهذا ما لا يحدث لمن هم في حاله اضطراب عقلي او نفسي.

هـ- **عدم الثبات الانفعالي او الوجداني:** الافراد المصابين بالامراض العقليه او النفسيه لا يسيطرون على انفعالاتهم، كما انهم لا يملكون القدره على الثبات في المكّون الوجداني. والمقصود بالمكّون الوجداني هو: احاسيس ومشاعر الفرد نحو قضيه ما، او موقف ما عندما تكون هذه الاحاسيس والمشاعر مستقرة. اما المقصود بالمكّون الأنفعالي هو: عندما تكون هذه الاحاسيس والمشاعر ثائره وهائجه وقلقه. إن الانسان العادي يعيش حالات ومواقف متنوعه في شدتها وطبيعتها من فرح او غضب فتثير من وجدانه انفعالات تظهر على سلوكه، قد تؤدي به إلى الشذوذ والاضطراب الوجداني والأنفعالي. او قد يُحكم على الفرد بالسواء اذا لم يظهر على سلوكه مثل تلك العلامات السابقه التي يمكن مقارنتها بسلوك الافراد الاخرين ممن يتشابهون بالخصائص الثقافيه والاجتماعيه والعمريه.

دور البيت في إيجاد الصحة النفسيه للأفراد:

إن للتنشئه الوالديه دور كبير في تنمية سلوكيات الاطفال بغض النظر عن نوعيه هذه السلوكيات. فللمسموحات والممنوعات داخل الاسرة وطريقه معيشتها واتزانها الانفعالي وتعامل افرادها بعضهم بعضا يترك اثراً

ملموساً في سلوك الطفل وانعكاسه داخل المدرسه او حتى في المجتمع، وقد لا تكون سلوكياته هذه مقبوله في المدرسه او المجتمع بالرغم من قبولها في البيت.

إن السلوكيات المرغوب فيها اذا كررها الفرد ستصبح لديه عادة في تكرارها، بل ستصبح حاجه من حاجاته ومتطلباته، ويجب عليه اشباعها. كما أنه يتوجب على البيت مساعدته في تدعيمها وتعزيزها فالاسرة هي البيئه الاجتماعيه الاولى للفرد، وأن شخصيته تتكون ضمن العائله، كما أن قيم المجتمع وانماط السلوك فيه تنتقل إلى حد كبير من خلال العائله. كذلك يقول العالم هربارت: «إن التربية تبدأ في البيت وكل تربيه تعود إلى البيت».

كما أن التربيه البيتيه للأفراد تتأثر بدرجه تعلم الاب والام وتتدخل فيها كذلك متغيرات كثيرة منها السكن وطريقه العيش والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للاسره، والحي الذي تُقيم به الأسرة كما ان لترتيب الطفل في العائله دور في التربيه. ولما كانت الاسرة تعيش في مجتمع؛ فهي بالتالي مرتبطه به ارتباطاً جذرياً بنظمه الاجتماعيه. لذا يمكن القول أن الاسرة بتربيتها لاطفالها تؤدي خدمه جيده للمجتمع، او تقدم افراداً مضطربين عدوانيين متسمين بالسايكوباثيه. فللأسرة دور كبير في اشباع حاجات الطفل الجسميه والعقليه والاجتماعيه والنفسيه والوجدانيه والانفعاليه، فالطفل البشري هو اكثر الكائنات الحيه اتكاليه، وهو بحاجه إلى رعايه وعنايه من والديه. فواجب الاسرة مساعدة اطفالها على اشباع حاجاتهم، لكن يجب عليها أن لا تُبالغ في مساعدتهم إلى الحد الذي يجعل الاطفال يفقدون القدرة على الاستقلال عنهم. كما أنه يجب على الاسرة أن تتيح للطفل التفاعل مع الاخوه او الأقران كي يتعلم الطفل مفهوم الغيريه أي انه يتعود على ما

يسمى مبدأ «خذ وهات» وهو بالمفهوم الانجليزي (Give and take talke). ويعرف الطفل بوجود السرور والألم.

الاسرة الناجحه في تربيه الاطفال هي الاسرة التي تتيح لأفرادها حريه الرأي والتعبير والتصرف وأن يخوض الفرد خبرته بنفسه مع وجود الأرشادات والتوجيهات. إن الاباء والامهات قد وصلوا إلى خبرتهم بعد مرورهم بتجارب طويله، وفي زمن غير زمان أطفالهم، ووصلوا إلى هذه الخبرات بالمحاوله والخطأ وتصحيح الخطأ. لذلك نرى بعض الاباء والامهات يفرضون نتائج خبراتهم على اولادهم مع عدم الأخذ بالاعتبار أنها قد لا تلائمهم، فالبيئه البشريه كثيرة التبدل والتعقد فكلما تقدم الانسان في طريق الحضارة اتسعت بيئته وتعددت متطلبات حياته، وكثرت مشكلاته وازدادت الحاجه إلى التربيه.

قال الامام علي كرم الله وجهه:

«لا تعودوا بنيكم على اخلاقكم فإنهم مخلوقون لزمان غير زمانكم» فالاطفال الذين ينشئون في ظل الخوف والتسلط والقسر وتدخل الاهل بكل صغيره وكبيرة في حياتهم، فإنهم يكبرون متصفين بالتردد وضعف الشخصيه وعدم القدرة على اتخاذ القرار. لكن يمكن القول انه ليس في امكاننا ترك الطفل يكتسب كل تجاربه بنفسه، بل يمكننا أن نتركه يكتسب كثيراً منها عن طريق خبرته الشخصيه المباشرة ويتمثل بعض المواقف التي يجب أن يتدخل فيها الاباء والامهات او كل من له علاقه بتربية النشئ.

إن افضل طريقه في تربيه الأطفال وبشكل سوى هي أن تكون الاسره لها سياسه ثابته بعيده عن التذبذب والتقلبات الانفعاليه والمزاجيه. كما أن للروابط القويه وتماسك عرى المحبه والاحترام بين الوالدين لها اهميه كبرى في حياة الاطفال وفي توافقهم النفسي. كذلك عدم قيام احد الوالدين او اي فرد من محيط الاسره بالتعزيز الجزئي. لسلوكيات الاطفال غير المرغوب فيها فهو يؤدي الى تدعيم شخصيه الفرد. بطريقه سلبيه وخلاصه القول فإنه كلما قلّت الخلافات بين الوالدين، زاد التوافق النفسي والصحه النفسيه لدى الاطفال.

دور المدرسة في ايجاد الصحة النفسيه للأفراد.

قد تكون ادارة المدرسة وقوانينها وتعليماتها الصارمه غير الواقعيه احياناً سبباً في حدوث اضطرابات أو مشكلات للطلبه، ومن الامثله على ذلك هو عدم السماح للطلبه القيام بالرحلات المدرسيه أو عدم حريه التعبير او عدم سيرهم في الممرات، او اجبارهم على لباس زي معين أو دفع غرامات ماليه معينه، او قصة الشعر، مما يدفع بعض الطلبه إلى تحدي هذه القوانين والتعليمات، مما يولّد مشكلات كانت الادارة المدرسيه أولى الا نخلفها.

كذلك قد يكون في بعض الحالات المعلم هو المشكل ومنه تنبع مشكلات الطلبه، فقد يكون له سماته الشخصيه غير المرغوب فيها عند الطلبه، كأيمانه الكبت التام للطلبه، او انحرافه عن خط سير الخطة التعليميه المرسومه، وعدم تحقيق اهداف الدرس، مما يؤدي إلى اعتراض كثير من

الطلبه واولياء امورهم على سلوكيات مثل هؤلاء المعلمين. كذلك ممارسه بعض المعلمين الوان العقاب البدني الشديد مما يولّد نتائج غير حميده لدى طلابه ولدى ذويهم.

لقد وجدت المدرسة لغرض اساس هو النهوض بالتعليم، كما أنها تؤثر في السلوك، إذ تعمل المدرسه على اكساب الطلبه القدره على فهم العلاقات الاجتماعيه السليمه وممارستها وتكوين الاتجاهات الايجابيه. والتفكير المنظم والتحرر من الخرافات. كذلك تعمل المدرسه على زيادة التحصيل لدى المتعلمين كونه يلعب دوراً مهما في مستقبل الطلبه. فالتحصيل هو المعيار الذي يقاس به تقدم الطالب او الذي يحدد الاتجاه والمسار الذي سوف يسير فيه خلال دراسته الاكاديميه. فهو الاساس المعتمد في التحاقه في الجامعه او في الفرع الذي يريده. كما تعمل المدرسه ايضاً على تحصيل المعلومات بحيث يتمثلها الطالب ويطبقها في حياته العمليه الواقعيه.

إن مدارسنا ما زالت قاصرة عن تلبية حاجات الطلبه بشكل عام والطلبه من الفئات الخاصه (الموهوبين والمقصرين) بشكل خاص. إذ انها تعرضهم للإحباط واليائس والملل عن طريق دخولهم في منافسات غير متكافئه مع زملائهم العاديين دون أن تعزز تفوق الموهوبين وتلبي حاجتهم الاكاديميه والنفسيه ودون أن تُبسّط تعلم المقصرين وتلبي حاجاتهم الاكاديميه والنفسيه ايضاً.

إن التكيف الاجتماعي في نظام تربوي يمثل المدرسه هو ضروره لكل طالب وطالبه وذلك لمساعدته في تعلم المهارات واكتساب المعلومات، كما تساعده على التكيف في المجتمع ليكون عضواً ناجحاً فعالاً فيه. إذن لا بد

للمدرسة من أن تكون منفتحه على البيئه المحليه التي تعيش فيها وأن يتم التواصل بينها وبين المجتمع من حولها. هذا ما تقوم به المدرسه بما يسمى باليوم المفتوح (Open day). أي يقوم الطلبه بتعرف خصائص مجتمعهم الذي يعيشون فيه ويشاركون في مواجهه قضاياه ومشكلاته مع ابائهم وذويهم، ويتم هذا عن طريق ما توّفره المدرسه من النشاطات التربويه أو ما يكون تحت توجيهها ورعايتها مثل؛ الزيارات الميدانيه لاهم معالم البيئه المحليه والتعرف إليها، كذلك التعرف على مصادر الطاقه والثروه الموجودة فيها، وكيفيه استثمارها والمشاركه العمليه مع الاهل في اعمالهم الانتاجيه والزراعيه. كذلك مساعدة الاهل ممن يسكنون في محيط المدرسه او ممن هم في القريه او المدينه في المساهمه في حل مشكلاتهم البيئيه مثل مكافحه التلوث وجمع القمامه وتشجير الشوارع ومساعده الحصاديين والمزارعين في قطف الثمار وغرس الاشجار ومقاومه الامراض وعمليات الانقاذ ومساعدة الناس بشكل عام.

إن مثل هذه الانشطه التربويه لا تتم بصورة عفويه او ارتجاليه بل يجب أن يكون مخططاً لها، أي تكون مرتبطه بالأهداف التربويه المرسومه وأن تكون هذه النشاطات متناسبه مع خصائص الطلبه ورغباتهم وقدراتهم وملبيه لحاجاتهم واهتماماتهم وبالتالي فإنها ستؤدي إلى التوافق النفسي والصحه النفسيه للطلبه. كما أنه من الضروري توفير الحمايه والأمن والسلامه للطلبه اثناء قيامهم بمثل هذه الانشطه وذلك لمنع حدوث الاذى والضرر لهم.

ويمكننا القول أنه بقدر ما تكون المدرسه ملبية لحاجات الطلبه بقدر ما يستمر التكيف والتوافق النفسي لهم، وبقدر ما تكون فيها علاقه المعلم بتلاميذه علاقه صداقه واخ اكبر لهم يغمرها الدفئ والحنان والمحبه ويشترك

معهم في نواحي النشاطات جميعها بقدر ما يؤدي إلى تمتع الطلبه بالصحه النفسيه، فعلى المعلم أن يكون بعيداً عن القسوه في معاملته من الطلبه ويكون هو مصدر الامان لهم ويخفف مصدر القلق لديهم ويكون بشوشاً غير مكفهر الوجه ويهيئ جواً مليئاً بالمرح والتعلم الجيد لطلابه. فالمعلم الناجح هو الذي يحترم آراء طلابه ويحافظ على فرديتهم ويتيح لهم فرصاً متكافئه، ويعمل على خلق جو من الثقه بينه وبينهم والعمل على ايجاد بيئه تعليميه مناسبه للطلبه. وعلى المعلم أيضاً أن يكون متواضعاً وعدم اشعارهم بالتعالي بسبب المركز الوظيفي، لكن دون أن يؤدي ذلك إلى فقدان احترامهم وتقديرهم له. كما انه يجب على المعلم أن يعمل على استثارة القدره الابتكاريه عند طلابه [طلاقه، مرونه، اصاله]، ويعمل على العصف الذهني لديهم بأن يوّفر لهم انشطه تتحدى عقولهم واسئله سابرة مولّدة للتعلم. كذلك يعمل المعلم على تعويد الطلبه الصراحه والصدق في التعامل ويظهر على سجيته مع طلابه فلا يخفي مشاعره الايجابيه او السلبيه نحوهم، ولو انها قد تزعجهم في البدايه، وعلى المعلم أن يقبل الطالب على علاّته بغض النظر عن سلوكياته وصفاته، اي احترام انسانية الانسان. كما انه يتوجب على المعلم المشاركه الوجدانيه مع طلابه وأن يضع نفسه محل المتعلم.

إن مثل هذه السلوكيات التي تقوم بها المدرسه تجاه الطلبه تكون قد اوجدت لدى الطلبه التوافق النفسي والصحه النفسيه وكونت مفهوم ذات واقعي لديهم، وعندها يمكن القول ان المدرسه اصبحت ملبيه لحاجات الطلبه إلى حدٍ ما وعملت على مساعدتهم في تقليل او حل مشكلاتهم.

دور العمل في ايجاد الصحة النفسية لدى الأفراد:

إن الحاجه الماسه للأرشاد المهني تقوم على اساس تنوع الفروق الفرديه بين الافراد في القدرات والاستعدادات والميول، لذا بات من الضروري وجود مثل هذا الارشاد منذ البدايه، أي قبل اختيار الفرد مهنته. لقد كان العالم بارسونز (Parsons) اول من نادى بالارشاد المهني ١٩٠٩م اذ أنه وضع معايير معينه عند اختيار مهنه مستقبليه للفرد ويتم ذلك بمساعدة مرشداً مهنياً متخصصاً. ومن هذه المعايير أن تكون هذه المهنه مناسبه لشخصيه الفرد. ومتوافقه مع قدراته الجسميه والعقليه، وأن تكون مناسبه ايضاً لميوله ورغباته واتجاهاته. كما أنه يجب أن يستمر التأهيل المهني للافراد اثناء العمل.

أما اذا حصل سوء اختيار المهنه للفرد فإن ذلك سيؤدي إلى كثير من المشكلات منها عدم التوافق المهني للفرد ويؤدي بالضرورة إلى عدم التوافق بالصحه النفسيه، كذلك يؤدي إلى عدم القدره على العطاء، وهذه تسير بالفرد إلى المشكله الكبرى وهي البطاله التي ينتج عنها مشكلات بيئيه خاصه وانتاجيه قوميه عامه.

لذلك يجب منذ البدايه مساعدة الفرد في اختيار مهنة المستقبل له ويتم ذلك عن طريق تعرف المهن المختلفه. ذلك اما عن طريق دعوة اصحاب المهن المختلفه للمدارس والتحدث عن ايجابيات هذه المهن، وأماً عن طريق احضار ما يسمى «قاموس المهن» وفيه شرح موجز عن كل مهنه، وحاجه السوق المحلي إليها والمردود المادي لها.

لذلك يمكن القول أن الارشاد المهني ضروري لنمو الشخصيه

والتوافق النفسي والصحه النفسيه لدى الأفراد. فالمهنه هي العمل الذي سيقضي فيه الفرد حياته كلها. والعمل الناتج يجعل للحياة معنى وقيمه كما يعمل على مفهوم ذات عالٍ ومناسب لدى الفرد، كما ينمي لديه مفهوم ذات اجتماعيه مرتفعه.

إن الدول جميعها تهتم بالارشاد المهني ومن بينها الاردن حيث انه يوجد شروطاً معينه تضعها الدوله لكي يتم من خلالها اختيار الاشخاص للمهن المعينه في الدوائر الرسميه والعامه. ان المستقبل مليء بالمهن الجديده لذا يجب أن يُعد الأفراد ليشغلوا مثل هذه المهن ضمن الرغبات والاستعدادات والقدرات للفرد. فالمطلوب هو اختيار الفرد المناسب ليشغل موضعه في المكان المناسب. وكما اسلفنا لكل مهنه متطلبات وظروف مناسبه لها مثل: قدرات الشخص، رغبته ومتطلبات المهنه.

يمكن أن يحدث اختيار المهنه بطريقه الصدفه، وقد يستطيع الفرد التكيف في عمله ويحدث له توافق مهني ونفسي وبالتالي يتولّد لديه الرغبه ومحبه لعمله ومهنته وقد يعمل الفرد في مهنه مخالفه لتخصصه فتسمى هذه الظاهره "بالبطاله المقنعه" وهذه تعد حلاً توفيقياً لمشكله البطاله الحقيقيه.

لذلك لا بد من توافر التربيه المهنيه للأفراد، فهي التي تضمن برنامجاً تعليمياً مهنياً يشتمل على متطلبات الشخصيه لدى الافراد وعلى متطلبات المهن بانواعها المختلفه جسمياً وعقلياً وبيئة العمل والعرض والطلب. فالنمو المهني للافراد يبدأ منذ الطفولة، ولا بد من تنمية قدرته على المرونة لتغيير مهنته التي أعد لها أو تدرّب عليها وذلك تحسباً لأي طارئ أو جديد للفرد، ويكون الفرد قادراً على التكيف واعادة تأهيله لكي يتمتع بصحة نفسية مناسبة والعيش بسلام واطمئنان في بيئته.

الفصل السادس

المقابله الارشاديه

الفصل السادس

المقابله الارشاديه

المقدمة:

ان الارشاد يبدأ مع المقابلة الاولى، لقد أكد الكثيرون من الخبراء الاهمية التشخيصية للمقابلات الاولى. ان المعلومات التي تسرد في المقابلات الاولى لا تقدر بثمن، حيث انه كلما زادت التفاصيل بعد ذلك، وتكشفت في المقابلات التالية، يحس المرشد بضرورة العودة إلى مضمون المقابلة الاولى، لكسب مزيد من الفهم والاستبصار بمشكلة المسترشد.

يعتقد المرشدون ان المقابلة الاولى تحتوي اوضح تعبير عن لب المشكلة. إذ ان هذه المقابلة هي اولى محاولات المسترشد لصياغة مشكلته وخبراته التي يعاني منها. ان هذه الخبرات التي يبدأ المسترشد في مشاركة شخصا اخر (المرشد) بها، قد تدفعه إلى التعبير عن صراعاته، الرئيسية لا شعورياً. وبالتالي يقدم الاساس لفهم كافة مشاعره المزدوجة الاخرى.

في المقابلة الاولى يكون المسترشد الذي يواجه موقف العلاج لأول مرة قد وصل إلى مرحلة من الاحساس بأن مشاكله هي إلى حد ما من صنعه، فهو يقرر انه يحتاج إلى ان يفهم نفسه ويفهم انفعالاته، ودوافعه،

ومشاعره. نتيجة وصول المسترشد إلى هذا الاقتناع، سيكون مجالا إلى أن يكشف عن حياته الداخليه بأكثر قدر ممكن دون عنت او ارهاق. هذه فرصه المرشد ليلاحظ كيف يبدأ المسترشد حديثه، وبأي الموضوعات يبدأ، وكيف يصف نفسه ومشاعره، وما هي النقاط التي يتوقف عندها، لذا تعتبر المقابلة اداة المرشد الرئيسية.

يمكن القول ان الارشاد يكاد يكون في المقابله، من خلال المقابلة يتم التشخيص والعلاج، والتنبؤ. والتشخيص هو اول خطوات العملية الارشادية، ولقد نشأ مفهومه اساساً في مجال الطب لكن مفهومه في مجال الارشاد هو فهم المسترشد، وليس كما يفهم في الطب بأنه محاولة فصل المرض وتصنيفة في فئة معينة. فالتشخيص انتقل مفهومه إلى مجال العلاج النفسي والارشاد النفسي بتأثير الطب النفسي.

فالمقابلة عبارة عن علاقة اجتماعية مهنية وجها لوجه بين المرشد والمسترشد يسودها جو من الثقه المتبادلة بين الطرفين، من اجل جمع المعلومات لحل المشكلة وتعتبر نشاط مهني ذو هدف معين. فالمقابلة هي الوسيلة الاولى الاساسية في الارشاد النفسي، وانها ليست قاصرة على الارشاد والعلاج النفسي، لكنها وسيلة يستخدمها المرشدون والاطباء، واصحاب الاعمال، والباحثون والصحفيون.

والمقابلة فن وعلم يتطلب الخبرة والمهارة الخاصة من المرشد، وتكون للمقابلة شروطا وقواعد.

اهمية المقابلة الابتدائية:

بالرغم أن أهمية المقابلة الارشادية الأبتدائية قد اتضحت بدرجة لا تقبل الشك، من تفسير مفهومها، ومن صياغة تعريفها، الا اننا نريد ان نلقي المزيد من الضوء على اهميتها في العملية الارشادية. وتتلخص اهميتها بما يلي:

١- تتيح الفرصة لجمع وتوفير المعلومات الضروريه واللازمة من المسترشد فيما يتعلق بالاحداث التي مرت به، كذلك معرفه الازمان التي وقعت فيها تلك الاحداث.

٢- اعطاء معلومات للمسترشد عن العيادة النفسية واجراءاتها، وجداول زمنية يلتزم بها المسترشد اذا فكر في الاستمرار في المقابلة الارشادية.

٣- تحديد موقف العيادة النفسية الصريح من حالة المريض بقبوله، او رفضه او تحويله.

٤- توفر جهد الأخصائين الأخرين عند القيام بعملية التحويل من المؤسسة التي اجرت المقابلة الابتدائية.

٥- توفر بعض الوسائل الاولية العاجلة التي يمكن ان تساعد المسترشد على مواجهة مشكلاته وجها لوجه بعد تبصره بها.

هذه النقاط هي ملخص عن اهمية المقابلة الابتدائية واساليبها معتمدة على اسس علمية ومستمدة افكارها من العلوم الانسانية. وتستخدم المقابلة كما اسلفنا في حياتنا اليومية بكثرة وفي ميادين متعددة ولاهداف شتى، وبطرق علميه، وغير علمية والذي يهمنا هنا في مجال الارشاد والعلاج النفسي نوعين من المقابلات هما، المقابلةالابتدائية والمقابلة التشخيصية والعلاجية.

١- المقابلة الارشادية الابتدائية

هي اول مقابلة يقوم بها المرشد مع المسترشد، وعن طريق هذه المقابلة يستطيع المرشد ان يحدد ما يريده المسترشد من مساعدة، كذلك يمكن استخدام هذه المقابلة للحصول على تاريخ الحالة بصورة مبدئية، ثم التعريف بالخدمات التي يقدمها المرشد.

يوجد نمطين من المقابلة الارشادية الابتدائيه، احداهما يتمثل في المقابلة الابتدائية التي يبدأوها المرشد، والاخر يتمثل في المقابلة الابتدائية التي يبدأها المسترشد. والان نستعرض النمطين على النحو التالي:

اولا - المقابلة الابتدائية التي يبدأها المرشد النفسي:

تتم هذه المقابلة عادة بناء على رغبة المرشد في رؤية المسترشد، وبناء على استدعائه للحضور لمقابلته. لذا يجب على المرشد ان يوضح للمسترشد مباشرة وبصراحة تامة الأسباب التي دفعته لاستدعائه للحضور، والهدف من طلب رؤيته في مكتبه. قد يضطر المرشد أن يستدعي مسترشد ما بناء على طلب من أحد المتصلين به، مثل: مدير المدرسة، معلم المادة، رئيس العمل، طبيب في مستشفى، ولي أمر، أصدقاء المسترشد. قد يكون استدعاء المرشد للمسترشد بناء على إحالته إليه من مؤسسة اجتماعية، تربوية، مهنية، علاجية، ويكون المسترشد قد تأخر عن الذهاب إلى المرشد، بالرغم من إعلامه بإحالته إلى المرشد.

عندما يمارس المرشد النفسي مهارته المهنية، في البدء بالحديث، والمبادرة في المناقشة مع المسترشد، يجب أن لا يتحول إلى خطيب، أو محاضر، أو ناصح، أو واعظ، فتنقلب المقابلة الإرشادية الابتدائية وكأنها

تتم على منبر للخطابة أو قاعة للمحاضرات أو بين محراب للوعظ . بل على المرشد أن يتجنب أي تعبير ، قد يتسبب في فشل المقابلة الابتدائية . وبالتالي نسف ما يليها من مقابلات إرشادية . لذا على المرشد أن يختار العبارات اللفظية التي تدعم المقابلة الابتدائية بصورة فعالة ومؤثرة . وهذه بعض الأمثلة على ممارسة المقابلة الابتدائية الجيدة ، والممارسة الرديئة .

- المرشد : لقد طلب مني معلم العلوم ، أن أقابلك ، بخصوص تأخرك التحصيلي لهذه المادة بهذا الشهر ، مقارنة بتحصيلك الشهر الماضي .
- لقد استدعيتك بناء على طلب مدير المدرسة ، بسبب غيابك المتكرر هذا الشهر . مع أنك كنت دائماً مواظباً على الدوام المدرسي وباستمرار
- لقد طلبت رؤيتك بناء على رغبة والدك ، بسبب ما حدث بينك وبين أخوانك في المنزل ، يوم أمس مما أزعج جميع أفراد الأسرة ، بسبب هذا السلوك العدواني غير المتوقع منك .

هذه نماذج من الممارسة الجيدة ، في انتقاء العبارات التي تدل على صراحة المرشد ووضوحه ودخوله في الموضوع مباشرة ودون محاورة ، مما يدفع المسترشد إلى عرض مشكلته كما يحسها هو بصراحة ووضوح وبطريقة مماثلة أيضاً . بهذه الدبلوماسية الموجودة عند المرشد الذي يعامل المسترشد بالرفق واللين وبلا لوم ، ولا توبيخ فأنه يغرس روح الثقة لدى المسترشد ، ويعمل على إنجاح العملية الإرشادية . وهذه نماذج على الممارسة الرديئة :

- لقد استدعيتك إلى مكتبي ، هذا اليوم لاثبت لك ان الانسان السوي ، هو الذي يسلك السلوك السوي ، وان الكذب حرام وعيب ، وان السرقه

جريمة يعاقب عليها القانون .

- كان عليك ان تكون قدوة حسنة ، ومثالا جيدا عن أهلك وتربيتك البيتية . لان الطالب هو مرآة يعكس ما يدور في بيته ، بل عليك ان لا تسلك مثل هذا السلوك الذي قمت به .

- كان يجب عليك ان لا تضطرني لاستدعائك للحضور إلى هنا ، فالمفروض ان تبادر انت من نفسك لمقابلتي ، بسبب كذا . . . . وكذا .

هذه نماذج عن الممارسة الرديئة ، فهي تصنع المسترشد في حيرة من امره ، مضطربا في فكره ، باحثا في عقله حول الاسباب التي دفعت المرشد إلى استدعائه . قد يتخذ المسترشد موقفاً عدائيا تجاه المرشد بناء على هذه الممارسة الرديئة في افتتاح المقابلة الابتدائية . بهذه الممارسة ينقلب المسترشد إلى شخص مقاوم (Resistable person) ، او إلى شخص مدافع (Defentant) . بدلا من ان يكون شخصا متعاونا (Cooperator) . لذا لا يرجى خيرا من هذه المقابلة إذا بدأت بهذه الكيفية . ولا ينظر ان تقام اية علاقة ارشادية طيبة بين الطرفين المرشد ، والمسترشد .

المقابلة الابتدائية التي يبدأها المسترشد:

تتم هذه المقابلة بناء على رغبة المسترشد نفسه في رؤية المرشد . قد تكون الزيارة بناء على نصيحة او توصية من بعض الافراد المتصلين به ، مثل : ولي امره رئيس عمل ، مدير مدرسة ، او معلم لمادة او طبيب في مستشفى . او قد تكون الزيارة بناء على احالته من مؤسسة سابقة كانت ترعى حالته ، سواء كانت مؤسسة اجتماعية ، ام تربوية ، ام مهنية ، ام علاجية .

غالبا ما يقوم المسترشد ببدأ الحديث مع المرشد، وعلى المرشد ان يلتزم بالصمت ليعطي الفرصة للمسترشد ليبدأ الحديث عن نفسه. لكن قد يتدخل المرشد عندما لم يتلفظ المسترشد اي كلمه بسبب ارتباكه او خجله، او بجهله بما يجب عليه أن يفعله، او يتفوه به. هنا يتدخل المرشد فينقذ الموقف، ويكسر الصمت الذي خيم على بداية المقابلة، ويتم ذلك بمبادأه لافتتاحها، بعبارات بسيطة تشجع المسترشد على البدء في حديثه والاسترسال فيه.

يجب على المرشد ان لا يبادر بافتتاح مثل هذه المقابلة الابتدائية التي تكون بناء على رغبة المسترشد، بأسئلة عن المشكلة التي جاء من اجلها، اومن المشكلة التي جعلته يطلب مقابلة المرشد، من المفضل ان تكون افتتاح المقابلة بأسئلة عامة مثل: أزمة السير، حرارة الجو او برودته. اما البرت اليس صاحب النظرية العقلانية الانفعالية، كان يستهل اسئلته في المقابلة الابتدائية دائما بسؤال المسترشد عن المشكلات التي يعاني منها، وذلك لتحديد الاعتقادات غير العقلانية المسببة لها، بهدف تغييرها إلى معتقدات عقلانية.

هذه ممارسة جيدة بافتتاح المقابلة

- ارجو ان تخبرني عن الموضوع الذي طلبت من اجله مقابلتي، لكي نتناقش حوله معاً.

- من فضلك، ارجو ان تخبرني عن الاسباب التي دفعتك لمقابلتي، وطلب رؤيتي.

- ارجو ان تخبرني بكل ما تفكربه الآن، وستجدني، ان شاء الله صاغيا لك، ولكل كلمة تتفوه بها.

ان كلمة موضوع لها وطأة على المسترشد من كلمة "مشكلة". حيث يرى اتباع روجرز ان الحالة التي جاء من اجلها المسترشد قد لا تشكل عنده اية مشكلة على الاطلاق. انما جاء من اجل استطلاع الرأي حولها، والمساعدة في اتخاذ قرارا بشأنها. كما ان كلمة "مشكلة" قد تمثل اثرا سيئا في نفس المسترشد ولا سيما اذا اراد عدم تذكيره بها، او اراد ان لا يواجه بما يعاني منه صراحة بالرغم من احساسه بما يؤرقه بسببها.

وهذه نماذج من الممارسة السيئة، عند افتتاح المقابلة الابتدائية، لكسر الصمت لدى المسترشد.

- ما المشكلة، التي تريد ان تعرضها علّي لمساعدتك.

- ترى بأي طريقه يمكنني ان اكون مفيدا لك، لمساعدتك في حالتك التي جئتني من اجلها.

مثل هذه البداية من المرشد، قد تكون سببا في زيادة حدة التوتر عند المسترشد. مثل هذه البداية قد تجعل المسترشد يسلك سلوكا سلبيا، يتصف بالانكار او المقاومة، او بالهجوم، او العدوانية. لكن كما اسلفنا ان انصار الاتجاه العقلاني الانفعالي، يصرون على بدأ المقابلة الارشادية لكسر الصمت بسؤال المسترشد صراحة "ما هي المشكلة التي تعاني منها". فأذا كانت مشكلته واضحة في ذهنه، فان ذلك يساعده على التغلب على مشكلته والخلاص منها.

رؤية المسترشد للمقابلة الارشادية:

يمكن التعرف على رؤية المسترشد حول المقابلة الابتدائية، عن مؤشرات تلقائية تصدر عنه بطريقة عفوية، تعكس تأثره بها، ورد فعله عليها، متمثلة بفلتات اللسان التي تجعل العبارات اللفظية حول المقابلة الابتدائية، سواء كانت ايجابية، أم سلبية. او كرد فعل سلوكي غير مقصود سواء كان باتجاه المقابلة او ضدها. وقد تكون رؤية المسترشد للمقابلة الابتدائية واضحة وصريحة، سواء اكانت تحمل اتجاهات ايجابية ام سلبية، بالتعبير عنها بطريقة مباشرة شفوياً، او كتابيا، سواء في بدايتها، او عند نهايتها. وإمّا باقباله الشديد عليها وحماسه لها، او رفضه لكل ما يتعلق بها والبعد عنها ونبذها.

تُبنى الرؤية السلبيه (Negative View) عند المسترشد حول المقابلة الابتدائية، بناء على امور منها: السمعه غير الطيبة للمركز الارشادي، او للعيادة النفسية، عمليات الإحالة المتكررة التي تعرض لها المسترشد، وانتقاله من مؤسسة إلى اخرى، وتنقله بين اخصائي وآخر وكذلك المكابرة او المغالطة عند المسترشد. ان عدم اعترافه بوجود أزمات نفسية يمر بها، وعدم اعترافه بعجزه الواضح من عبورها تساهم في تكوين الاتجاه المضاد.

اما الرؤية الايجابية للمسترشد حول المقابلة الابتدائية، يمكن ان يعبر عنها صراحة، او ضمنيا. اذا احس المسترشد وشعر ان هناك فائدة هامه سوف يجنيها من المركز الارشادي الذي يتردد عليه فانه قد يعبر عن هذا الاحساس بطريقة ايجابية. كذلك اذا كانت هذه العيادة النفسية، اوهذا المركز الارشادي ذا سمعة طيبة فانه يحكي لكل من يصادفه وايضا اذا اقتنع المسترشد ان هذا المرشد. هو الامل المنشود، الذي يعتمد عليه بعد الله

تعالى، في مساعدته على حل مشكلاته.

لكن بشكل عام فان الرؤية الايجابية (Positive view) احتمال وجودها عند المسترشد قليل في المجتمعات النامية، الا ان الامل كبير ان تزداد هذه الرؤية ايجابيا على مر السنين القادمه، يمكن ان تتحسن رؤية المسترشد ايجابيا حول مؤسسات الارشاد، من خلال وسائل الاعلام، والجرائد، والمجلات، والاذاعة، والتلفزيون، والندوات، والدورات، وان توضح دور الخدمات الارشادية في رعاية الفئات التي تعاني من ازمات نفسيه في هذا المجتمع، كما يجب ان تكون هذه الرعاية من الخدمات الارشادية موجودة حقاً وليس مجرد شعارات مرفوعه.

رؤية المرشد النفسي للمقابلة الابتدائية:

(Counselor's View about the initial interview)

على المرشد النفسي ان لا يكون حساسا اكثر من اللازم، لرؤية المسترشد النفسي، والمقابلة الابتدائية، سواء اكانت سلبية، ام ايجابية. على المرشد ان لا يتأثر بهذه الرؤية تأثيرا ذاتيا ينعكس على سلوكه نحو المسترشد. ولا على ممارسة عمله المهني معه. لذلك فان الموضوعية المجرده المنزهه عن الهوى الشخصي في التعامل الانساني المبني مع المسترشدين يعتبر اساسا ضرورياً لبناء العملية الارشادية الكامله، وفي استمرار مقابلاتها. ان الرؤية السلبية للمسترشد حول المقابلة، الابتدائية، يجب ان لا تترك اثرا سيئا في نفس المرشد، فينفعل بها ويتصرف على اساسها، ويتخذ اتجاها مضادا له، ولتعامله معه. كذلك الرؤية الايجابية للمسترشد يجب ان لا تترك اثرا متفائلا لاقصى الحدود عند المرشد، فينفعل بها ويتصرف على اساسها،

معتمدا عليها في نجاحه وفي تحقيق اهدافه. ان رؤية المسترشد للمقابلة الابتدائية سواء اكانت سلبية ام ايجابية يجب ان لا تؤثر تأثيرا ذاتيا على المرشد، لكن يجب عليه ان يستثمرها في وضع استراتيجياته، او تعديلها. او تغييرها، او التمهيد لها حسب ما احسه وادركه حول تلك الرؤية.

وخلاصة القول يجب ان يتمتع المرشد برؤية ايجابية نحو المقابلة الابتدائية في معظم الاحوال. ويمكن ملاحظة ذلك بسهولة ويسر من السمات التي تتميز بها شخصية عن شخصية غيره من العاملين في المهن الأخرى، فالسلوك العام للمرشد دائم الحركة، والنشاط، مواظب على الحضور لمقره وعمله. دقيق في مواعيده مع مسترشديه، يتسم تعامله بالدفئ لا تفارق الابتسامة شفتيه. مثل هذه الصفات تساعد في نجاح المقابلة الارشادية، وخاصة المقابلة الارشادية الابتدائية.

تتمثل الرؤية الايجابية لدى المرشد في عدة امور. فهو يركز على اعداد غرفه الارشاد، وتجهيزها لاستقبال المسترشد فيها. فهو يحرص ان لا تقع عين المسترشد على اوراق ومستندات وسجلات تخص مسترشد اخر، تكون مفتوحة على مكتبه. كما يحرص المرشد ان لا يكون متحيزا لرأي، ولا متعصبا لمبدأ، ولا داعيا لفكرة، كما يحرص على ان لا يتخذ موقفا سلبيا تجاه المسترشد اذا خالفه في الرأي او المبدأ او الفكرة، على المرشد ان يقبل المسترشد كما هو، بخيره وبشّره، حتى لو أعلن المسترشد صراحة رؤيته السلبية نحو المقابلة الابتدائية. فالمرشد النفسي الايجابي يُطلع مسترشده اولا بأول على ما يجب اتخاذه من خطوات حتى يكون على بيّنة من امره. فهو صريحا وواضحا مع المسترشد سواء فيما يختص بأحالته إلى جهه اخرى او في استمراره في مقابلات ارشادية متتالية بعد المقابلة الاولى.

افتتاح المقابلة الابتدائية:

تتحدد العلاقة الارشادية (Counseling relation ship) منذ البدء في افـتـتـاح المقـابلة الابتـدائيـة بناء على اول تواصل لفظي (Verbal Communicution) او غير لفظي (nonverbal Communicdion) يتم بين المرشد والمسترشد في غرفة الارشاد، لما يتركه هذا التواصل من انطباع مؤثر في نفس المسترشد، قد يكون ايجابيا وقد يكون سلبيا. عند استقبال المرشد للمسترشد، يتقدم المرشد بخطواتة عن المسترشد مصاحبا اياه من مكان الانتظار إلى غرفة الارشاد. بمجرد ان يدخل الاثنان في الغرفة يغلق المرشد بابها خلفه ويضيء ضوءاً، فوق الباب من الخارج، او يستعين عنه بوضع لافته تحمل عبارة (عفوا، ارجو عدم الازعاج المرشد في مقابلة مع المسترشد) حتى لا يقطع عليهما احد التواصل الارشادي (Connseling Communication). ثم يشير المرشد بيده إلى المقعد الذي سيجلس عليه المسترشد، بكلمات ممزوجة بابتسامة مشجعة له على الجلوس. (تفضل اجلس هنا). اذا حدث اضطراباً او ارتباكا للمسترشد، على المرشد ان لا يبدى اي ملاحظات على سلوكه المضطرب، وحتى لا تزيد، ارتباكا، وحتى لا ينقلب المسترشد إلى: منكر، أو مدافع، او مهاجم بدلا من ان يكون متعاونا. وهذه أمثلة على التواصل اللفظي الردئ، والجيد:

امثلة على التواصل اللفظي الردئ:

المرشد: ارى انك مرتبك، واعصابك مضطربة، وانا لا ارى اي داع لذلك.

المسترشد: منكراً.

انا لست مربكا ، واعصابي هادئه والحمد لله .

المسترشد مدافعاً .

بالطبع يجب ان اكون مرتبكا ومضطربا ، هذه اول مرة اقابلك فيها ، ولا ادرى ما سيكون بيننا .

المسترشد مهاجماً .

من ادراك انني مرتبك؟ واعصابي مضطربة؟ .

- الاحظك شارد عني ببصرك ، وذهنك ، كما لوكنت تريد ان تهرب من مقابلتي .

المسترشد منكراً .

نعم! لا ابدا! انا معك حاضر الذهن .

المسترشد !

لقد : شردُت بذهني لانني تذكرت امرا ما له علاقه ، بالمقابله .

المسترشد مهاجماً .

ما الذي جعلك تعتقد انني اريد ان اهرب من مقابلتك؟ هل ترى انه من الافضل لي الهروب؟ .

- لماذا تلعب بأصابعك بهذه الطريقة العصبية؟ هل يوجد ما يقلقك في هذه المقابلة؟ .

المسترشد منكراً .

لا يوجد ما يقلقني . . . . لم العب بأصابعي .

المسترشد مدافعا .

انني دائما هكذا العب بأصابعي . . . . انها عادة قديمة منذ صغرى .

المسترشد مهاجما :

ما يضرك اذا لعبت بأصابعي؟ هل ترى ان هذه المقابلة حقا مقلقة للاعصاب؟ .

امثلة على التواصل اللفظي الجيد :

- هل وجدت صعوبة في الحضور إلى هذا المكان؟ هل كان العنوان واضحا؟ .

- كيف الاحوال الجوية في الخارج؟ لقد كان الطقس باردا عندما جئت في الصباح؟ .

- اعتقد بأن الطرقات مزدحمه الان ، بسبب المشاه والسيارات . انها ساعة عودة الموظفين من اعمالهم . هل جئت راكبا ام مشياً على الاقدام؟ .

مثل هذه العبارات وما شابهها ، والتي تمثل التواصل اللفظي الجيد بين المرشد والمسترشد ، تعمل على اخراجه من الجو المهني الذي يكون قد تسبب في حالة التوتر التي انتابه . مثل هذه المقابله يجعل المسترشد يحس بالالفة بينه وبين مرشده مما يساعد في نجاح المقابلة الابتدائية .

مثل هذه العلاقة الارشادية والممارسة المهنية في افتتاح المقابلة الابتدائية ، يساعد التغلب على المشكلة (Recrynizing the problem) .

ان مصطلح المشكلة غير مستحب في مجال الارشاد والعلاج النفسي. لان كلمة مشكلة تعني بالضرورة وجود حل لها، وهي محتملة بالعلوم الطبيعة لكن غير محتملة في العلوم الانسانية. لان ما نراه مشكلة في مجتمعنا، قد لا يكون مشكلة عند مجتمعات اخرى. بل نبدل كلمة مشكلة بموضوع او صعوبات في التكيف والتوافق. ان اهم شيء يقوم فيه المرشد منذ البداية هو ازالة مفهوم مشكلة لدى المسترشد، وانه لا مشكلة عنده بل صعوبات في التكيف، والتوافق، ويسعى الاثنان في ازالتها من حياة المسترشد. وتنتهي المرحلة الاولى من المقابلة الابتدائية المختصة بافتتاحها والتعرف على الصعوبات الظاهرة التي يواجهها المسترشد. ثم تبدأ المرحلة الثانية من المقابلة الابتدائية وهي تختص ببنائها وذلك بمناقشة تلك الصعوبات، واكتشاف المتفرعات، وتحديد الرئيسيات منها، والتي تشكل عامل الاضطراب الاساسي في حياة المسترشد.

بناء المقابلة الابتدائية: (Structure of initiat interview)

تعتبر مرحلة البناء هي المرحلة الوسطى (Stage of structure) والتي تسمى بالعرف الارشادي والعلاجي بمرحلة عرض المشكلة (Stage presenting problem)، والتي من الافضل تسميتها بمرحلة عرض الصعوبات المتعلقة بالتكيف والتوافق مستبعدين كلمة مشكلة : (stage of presenting Adjustive and adoptive difficulties). تختص هذه المرحلة بمناقشة الشكوى العامة (Current Complain) للمسترشد، والتي كانت سببا مباشرا ودافعا قويا في عرض نفسه على المرشد. ففي هذه المرحلة تتطلب التركيز على تجميع المعلومات الممكنة حول المسترشد، والتي

يمكن ان تسهم إلى حد كبير في تحديد عدة عوامل هامة يمكن استثمارها في ازالة الصعوبات التي تواجه المسترشد. ومن هذه العوامل هي :

١- الدوافع الحقيقية والاسباب الخفيه التي جعلت المسترشد يعرض نفسه على المرشد.

٢- الظروف المحيطة بالمسترشد من جميع جوانب حياته المعيشة.

٣- الاحداث والاشياء المؤثرة عليه والتي كانت او ولا زالت لها بصمات واضحة على حياته، والتي قد يكون لها دخل كبير في ازماته.

٤- الخصائص العامة لشخصية، ممثلة في القدرة العامة (الذكاء)، ومجموعة القدرات الخاصة مثل الميول والاهتمامات والاستعدادات وما شابهها.

٥- الارتباطات المحتمل وجودها بين الازمات النفسية التي يعاني منها، وبين اعراض عضوية قد يشكو بسببها.

٦- الازمة الماضية التي شعر خلالها المسترشد بنفس الازمات النفسية التي يعاني منها الان، او ما يشابهها وكيفية التصدي لها، والتغلب عليها.

٧- الخبرات الارشادية والعلاجية التي مر بها منذ مواجهته لتلك الصعوبات، ومنذ احساسه بتلك الازمات، وحتى وقت عرضه على المرشد.

مثل هذه المعلومات التي يحصل عليها المرشد، بغض النظر عن الطريقة (الملاحظة الاختبارات، دراسة الحالة، التقارير المكتوبة) التي تمكنه

من ربط الخيوط بعضها ببعض، لتوضيح الرؤية فيما اذا كان هناك صراعات خفية بين خبرات الماضي وازمات الحاضر، بين ما هو مكبوت باللاشعور، وما هو متداعي حر بين الشفاه. بين ما هو مختبئ بالعقل وما هو على اللسان.

لن يكون سهلا على المرشد ان يتعامل مع مسترشد ذى خبرات سابقة في الارشاد والعلاج النفسي. هناك مسترشدون محترفون، لانهم رواد وزبائن منتظمون في عمليات الارشاد والعلاج النفسي، المقدمة في مختلف المراكز المخصصة في تقديم خدمات الصحة النفسية.

هناك مسترشدون يشكون من الفراغ والوحدة والعزلة الاجتماعية، مثل: الارامل، المطلقات، والعوانس من الجنسين. مثل هؤلاء يبحثون عن المساعدة لاخراجهم من عزلتهم. كذلك يوجد مسترشدون اخرون من محبي الثرثرة، ومن رواة القصص والحكايات، ومن هواة البحث عن مستمع جيد لما يثرثرون فيه. كما انه يتوجب على المرشد ان يولي اهتمامه إلى اختبار توقعات المسترشد، واكتشافها منذ اللحظة الاولى التي يمارس فيها المرشد مهارة بناء المقابلة الابتدائية.

في هذه المرحلة (مرحلة البناء) يحاول المرشد ان يوضح للمسترشد، بأن الارشاد النفسي ليس عملية سحرية تغير الجوهر، وتبدل المظهر. وليس الارشاد ايضا عملية فردية يستعرض فيها المرشد، عضلاته المهنية، بينما يتفرج عليه المسترشد مشجعا للعرض الممتع ومستاء من العرض الممل. انما الارشاد عبارة عن عملية تعليمية بين فردين متفاعلين، كل منهما له دوره فيها، وكل منهما يتحمل مسؤلياته نحو تحقيق الهدف الواحد المشترك بينهما، والذي يمثل الهدف الرئيسي والاساسي لعملية الارشاد النفسي.

وبناء على ما سبق فان تركيز المرشد النفسي على مشاعر المسترشد تجاه عملية الارشاد، وتصحيح مفهومه حولها، وتشجيعه على المشاركة الفعالة في خطواتها، خلال مقابلاتها، يسهم إلى حد كبير في تحقيق هدفها الاساسي. ان الاعتماد على النفس، والمشاركة الفعالة في خطوات العملية الارشادية، يعتبر من اهم الاهداف العامة للصحة النفسية، ومن اقصر الطرق التي تحقق الهدف الاساسي من الارشاد.

كذلك قد يواجه المرشد تحدى اخر في المقابلة الابتدائية في المرحلة البنائية، فقد يفاجأ المرشد بعدم رغبة المسترشد في الارشاد النفسي، وعدم اقتناعه به، بالرغم من حضوره اليه ومقابلته. مثل هذه الحالة تكون الواقعه اخف، عندما يأتي المسترشد من تلقاء نفسه. لكنها تكون اشد عندما يحال اليه من جهة اخرى. ان العرف بالارشاد النفسي علمنا، بان لا امل في الشفاء الا عندما يساعد الفرد نفسه، ويتحمل مسؤوليته كاملة نحو تحقيق هذا الشفاء. ولن يتم هذا بالثقة الكاملة في العملية الارشادية. والثقة الكاملة في القائمين بها. وعدم ممارسة اي نوع من السلبية، ممثلا في الدفاع، او المقاومة، او العدوان (الهجوم)، او الانسحاب أو الانكار، أو التحويل.

لذا تقع على عاتق المرشد النفسي مسؤولية كبرى في تصحيح اتجاه المسترشد نحو الارشاد، وجعله يفكر بطريقة جديدة مختلفة عن ذي قبل، فيما يتعلق بحالته العقلية والانفعالية، او السلوكية، وفي تشجيعه على ممارسة سلوكا مختلفا عما كان يمارسه في الماضي. ولن يتسنى هذا الا بعد ان يرى المسترشد نفسه في صورتها الاولى المتصفة بالسلبية على اختلاف اشكالها. ثم يرى بعضا من نفسه في صورتها الجديدة، المتميزة بالصبر والثقة، والمتميزة بالامل فيما يمكن ان يحققه من الانتظام في الارشاد

والعلاج النفسي.

ويتّبع المرشد اساليب مختلفه نحو تحقيق الهدف المطلوب من العملية الارشادية، يتم ذلك تبعا لنوعية الافراد الذين يتعاملون معه. منهم يرضى بكلمات طيبة، رقيقة، ممزوجة بابتسامة دافئة، فيصبر على ما يُطلب منه، وينتظم في المقابلات الارشادية، عبر فترة زمنية محددة. حيث يتم تقويم هذه الفترة في نهايتها للوقوف على ما تم انجازه، وما لم يتم انجازه. بعدها يقرر المسترشد بنفسه، اذا كان سيستمر في المقابلات الارشادية او يتوقف. وبعضهم لا يقتنع الا اذا استخدم المرشد اشرطة التسجيل السمعي والمرئي، حتى يطلعهم على حالات مماثله لحالاتهم في بدايتها، وما وصلت إليه تلك الحالات في نهاية المقابلات، من تنمية لشخصيات اصحابها، ومن تعديل لسلوكهم.

فريق ثالث يفضل كتابه عقد اتفاق بينهم وبين المرشد النفسي، على ان يبذل المرشد جهده في مساعدتهم على التخلص من الصعوبات التي تواجههم على التكيف مع بيئتهم خلال فترة زمنية محددة، وان لم يستطع المرشد من تحقيق ما جاء بالعقد، خلال المدة المحددة، يفسخ العقد بينهم، وبينه، ويصبحون في حل منه، ومن الانتظام في اي مقابلة ارشاديه جديدة.

بعد ان يطمئن المرشد إلى ان المسترشد، قد اصبح مستعدا للانتظام في المقابلات الارشادية بصورة عامة. مقتنعاً بها ومقبلا عليها يصل بالمرحلة البنائية إلى نهايتها، تمهيدا للوصول للمرحلة الثالثة والاخيرة، من المقابلة الابتدائية، وهي مرحلة الاقفال. وتنتهي هذه المرحلة، بوضع الاهداف العامة والاهداف الخاصة لكل مرحلة من مراحل المقابلة الارشادية.

يقوم المرشد بوضع الاهداف بمفرده، او بتشجيع مسترشده على المشاركة في وضعها، وذلك حسب الاستراتيجية الارشادية التي سوف يتبعها في التعامل معه. وفي اي الحالتين فإن المرشد الجيد الكفيء في عمله، يمكن مراعاة الاعتبارات التالية عند وضع الاهداف:

١- تحديد السلوك العام للمسترشد، بوضوح تام، ولا سيما عندما يتصف بالعجز الادائي في اية وظيفة يختبر فيها.

٢- تحديد السلوك العام المتوقع للمسترشد، لا سيما عندما يتميز بالقدرة الادائية، في اية وظيفة ينتظران يمارسها.

٣- توضيح الرؤية امام المسترشد، حول اهمية تغيير او تعديل سلوكه الحالي، إلى سلوكه المتوقع وتشجيعه على احداث هذا التغيير باستقلالية تامة.

٤- اختيار الاهداف التي تتميز بكونها واقعية التحقيق، والتي يمكن للمسترشد ان يحققها دون تخمينات غير محتملة.

٥- تدعيم تحقيق الاهداف الواقعية، والاجرائية بما يمكن ان يشعر به المسترشد من تحسين سلوكه الادائي في حياته اليومية.

٦- اختيار الاهداف التي تتميز بكونها مرئية في شخصية الاخرين الاسوياء، بما فيهم المرشد كنموذج جيد، والتي تظهر على سلوكهم العام.

٧- اختيار الاهداف التي يمكن تقويمها، والحكم على مدى تحقيقها بإيجابيه، او مدى الفشل في تحقيق اي منها.

اقفال المقابلة الابتدائية: (Closing the initial interview)

بعد وضع الاهداف العامة للعملية الارشادية الكلية، والاهداف الخاصة لكل مقابلة من مقابلاتها، وبعد ان يرتاح كل من المرشد والمسترشد، إلى ما تم انجازه في المقابلة الابتدائية، وبعد ان يستعد كل منهما لاستقبال ما ينتظرهما من مناقشات في المقابلات التالية، عندها يدخل المرشد في مرحلة الاقفال، تبدأ مرحلة الاقفال بتلخيص كل ما دار في المقابلة الابتدائية تلخيصا وافياً.

يمكن للمسترشد ان يشكل الصورة حول العملية الارشادية، وحول كل مقابلة من مقابلاتها كما يمكن له ان يزيل اي شوائب قد تكون ما زالت عالقة في ذهنه حول طبيعة الارشاد وحول شخصية المرشد. ان التلخيص الجيد في نهاية المقابلة الابتدائية يطمئن المسترشد حول ما يمكن جنيه من فوائد من الارشاد، وما يمكن تحصيله من مساعدة من المرشد، كما انه يُيسّر الطريق امام المرشد، ومعرفة ماذا سيقوم به من عمل لاحق. ويحرص المرشد الكفؤ في عمله على ان يقوّم المقابلة في نهاية مرحلة الاقفال، بعد ان يتم تلخيص محتواها.

وتمارس عملية التقوّم بوساطة كل من المرشد والمسترشد على حد سواء. ويفضل ان يشجّع المرشد المسترشد بالتقييم اولا حتى يعرف وجهه نظره حول هذه المقابلة، وحول الاستفادة التي حصل عليها من هذه المقابلة، ثم يتبعه المرشد. على المرشد ان يأخذ بالاعتبار منذ تقويم المقابلة الابتدائية، التركيز على مدى تقبل المسترشد لها، كذلك مدى استعداده للاستمرار في المقابلات الارشادية التالية. وعندما يتفق الاثنان على استمرارية العملية الارشادية، فأن المقابلة الابتدائية تُقفل بكلمات تشجيع، تتصف بغرس

الامل، والثقة، مع تحديد موعدا للمقابلة التالية .

المقابلات التشخيصية والعلاجية.

Diagnostic and therapeutic interview.

يتميز الارشاد النفسي لكونه وقائي (preventive) ونمائي (developmental) وعلاجي (remedial). ويركز الجانب العلاجي على الناحية العلاجية من حياة الفرد. لذا من الضروري تشخيص حالة الفرد. قبل اتخاذ القرارات بشأن حالته. ومن ثم يمكن تحديد ما اذا كان التعامل يتم على اسس وقائية، او نمائية، او علاجية.

لذا نجد ان الارشاد النفسي والعلاج النفسي، يشتركان معا في مقابلات اساسية تالية للمقابلة الابتدائية. تتصف هذه المقابلات التالية بأنها تشخيصية وعلاجية. لا تختلف المقابلة التشخيصية عن المقابلة العلاجية في خصائصها، او في مهاراتها، او فنياتها، ولكنهما يختلفان في الهدف الاساسي لكل منهما. فالهدف الاساسي من المقابلة التشخيصية، هو التأكد من حالة المسترشد التي تم التعرف عليها بصفة مبدئية في المقابلة الابتدائية، حتى يكون التشخيص للحالة سليما وصحيحا. اما الهدف الاساسي من المقابلة العلاجية، هو تنفيذ الاستراتيجيات الارشادية المعالجة التي رسمها المرشد بناء على تشخيصه لحالة مسترشده. سواء اكانت مبنية على اسس وقائية أو نمائية، أو علاجية، حتى تتحقق الفعالية المنشودة في التغلب على ازمات المسترشد النفسية وتخطي صعوبات تكيفه. قد تستدعي حالة فرد ما مقابلة واحدة للتشخيص، ومقابلة ثانية للعلاج، بينما تستدعي حالة فرد

آخر عدد من المقابلات الشخصية . ثم يليها عدد من المقابلات العلاجية .

لكن جرى العرف في المعالجة التقليدية للمرضى النفسيين، انهم ينتظمون في سلسلة من المقابلات التشخيصية، والمقابلات العلاجية. وقد يختلف عدد كل منهم، حتى يصل في النهاية إلى حالة من الاتزان النفسي، والثبات الانفعالي، التي ينشدونها جميعا، ان رغبوا في الانتظام، في عمليات الارشاد والعلاج النفسي .

مفهوم المقابلات التشخيصية والعلاجية:

Concept of diagnostic and the rapeutic interview

ان المقابلة العلاجية تعتبر وسيلة مؤثرة وفعّالة، لتنمية التفاعل بين المعالج النفسي والمريض، من اجل مساعدته على التخلص من محنته . لذا فأن المقابلة التشخيصية عبارة عن موقف بين الاخصائي النفسي، والحالة التي يدرسها، محاولا التعرف على كل جوانبها والظروف المحيطة بها مما يساعده على تفسير سلوك المريض . كما يتضمن تفسير سلوكه الانفعالي وحركاته وطريقة حديثه . كذلك فهم الاخصائي النفسي لسلوك المريض اثناء المقابلة التشخيصية تعتبر جزء من عملية التشخيص نفسها، تمهيدا لتكوين صورة صحيحة عن حالته .

ان المقابلات التشخيصية في صورتها التقليدية، عبارة عن اثار متبقية من تاريخ الطب النفسي القديم . وبصورة عامة فأن المقابلة الاكلينيكية تتضمن عمليتي التشخيص والعلاج، ويصعب الفصل بين التشخيص والتنبؤ والعلاج في المقابلات الاكلينيكية السريريه .

لذا يمكن القول ان المقابلات التشخيصية والعلاجية تتفق في الجوهر والمضمون بينما تختلف في الهدف والشكل. ان المقابلات التشخيصية والعلاجية تتفق من حيث المهارات المستخدمة والفنيات الممارسة في كل منها. اما الهدف الرئيسي من المقابلات التشخيصية، هو التوصل إلى طبيعة الازمات النفسية التي يعاني منها الفرد، او ما يواجهه من صعوبات في التكيف مع البيئة التي يعيش فيها. اما الهدف الرئيسي من المقابلات العلاجية، هو وضع الاستراتيجيات الارشادية المعالجة لحالة المسترشد، بناء على تشخيص المرشد النفسي لها. ثم يقوم بتنفيذها بناء على الاسس التي تميزها عن غيرها، سواء اكانت وقائيه ام نمائية ام علاجية. مما يحقق في النهاية المحتملة احالة المسترشد، اما للشفاء والتغلب على الصعوبات، او الاحالة إلى جهة اخرى تبدأ في معالجته حيث انتهى عندها المرشد النفسي الذي احاله.

مراحل المقابلات التشخيصية والعلاجية:

لا تختلف المقابلة التشخيصية، ولا المقابلة العلاجية، عن المقابلة الابتدائية من حيث التقسيم إلى مراحل ثلاث وهي: مرحلة الافتتاح، والتي يجب ان لا تستغرق اكثر من (١٠) دقائق. ومرحلة البناء، ولا تستغرق اكثر من (٣٠) دقيقة. ومرحلة الاقفال، ويجب ان لا تستغرق اكثر من (٥) دقائق. ولا فصل بين بداية او نهاية اي مرحلة من المراحل، بل تكون فقط موجودة في ذهن المرشد، حتى يستطيع ان يرتب نفسه، وينظم فكره وانعاش الذاكرة بين المرشد والمسترشد.

مرحلة الافتتاح: The Opening Stage

يُطلق على هذه المرحلة مسمى المرحلة الاولى (First stage) او مرحلة البدء (stage of initation) او مرحلة تقرير الموضوع، او تقرير الحالة Stage of statement of mater. تبدأ هذه المرحلة غالبا، بمبادرة من المرشد، وتكون استكمالا لما استعرض حول حالة المسترشد في المقابلات الماضية والسابقة عنها. لذا تقع على عاتق المرشد المسؤولية الكاملة في البدء بافتتاحها، بالممارسة الجيدة، مما يدعم العلاقة بينهما، ويحرك المقابلة بانسياب منطقي للمرحلتين التاليتين، البناء والاقفال.

طرق افتتاح المقابلة الارشادية:

(Methods of opening Counseling interview)

١- **طريقة بناء الالفة:**(method of rapport building) تتميز طريقة بناء الالفة بين المرشد والمسترشد، بغرس الثقة في نفس المسترشد حول عمليات الارشاد والعلاج النفسي بصورة عامة. ويتكون الاتجاه الصحيح حول المرشد بصفة خاصة، بحيث ينتج عنه علاقة انسانية مهنية، تتصف بالدفئ والتعاطف في اطار المقابلات التشخيصية والعلاجية التي ينتظم فيها الطرفان. والالفة عبارة عن مصطلح استخدم في تغطية كل الابعاد، المرتبطة بالعلاقة الارشادية بين المرشد والمسترشد، متضمنة الدفء، والاخلاص، والاحترام، والثقة، والسرّية المتبادلة بينهما. ان خروج المرشد من حجرته لاستقبال المسترشد بنفسه في مكان الانتظار، عند مقابلته للمرة الاولى في المقابلة الابتدائية، دليلا على البدء الايجابي من جانبه في غرس بذور

الالفة بينه وبين مسترشده الا ان المسترشد لا يخرج في المقابلة الثانية، التالية للمقابلة الاولى لاستقباله، بل ينتظره في غرفة الارشاد. حيث يحضر من تلقاء نفسه. مثل هذا السلوك من المرشد لا يعني اهمال للمسترشد. انما يدل على البدء في عمليات التشخيص التي يجب ان لا يتأخر في ممارستها، طالما حققت المقابلة الابتدائية اهدافها. على المرشد ان يجدد الالفة بالمقابلات التالية، عن طريق افتتاح كل مقابلة تشخيصية او علاجية حتى يتمكن المرشد التحرك مع المسترشد، خلال مراحلها الثلاث بصورة ايجابية وفعالة.

تعتبر الالفة بمثابة الضوء الاخضر لاشارات المرور الذي يسمح للمرشد ان يتحرك بمرشده من عبور مرحلة الافتتاح، إلى مرحلة البناء ثم مرحلة الاقفال في كل مقابلة، مما يساعد المسترشد من عبور ازماته النفسية.

كما يؤكد روجرز، انه يجب تقبل المسترشد والتعامل معه بدفء، وبلا شروط وبدون تضمين لمعنى(accept him as he is). ويؤكد ايفي، وكاركوف، وبرامر على التعبيرات العضوية الايجابية من جانب المرشد في غرس الالفة بينه وبين المسترشد، ممثلة في الاتصال البصرى بينهما (eye contact) والابتسامة الصادقة الدافئة (true warm smile). كذلك يرى البعض ان الالفة يجب ان تبدأ بالاسلوب النمطي المتعارف عليه في المجال الارشادي، ممثله بالتحية، مثل (صباح الخير يا. . . . .) ومصحوبة بالتعبيرات غير اللفظية. مثل المصافحة باليد، الأيماء، بالرأس، والابتسامة، الدافئه، والصوت الصدوق.

على المرشد ان يتقيد بزمن الافتتاح المختص لها. وعليه عدم الاسترسال في غرس الالفة وبنائها، طوال مرحلة الافتتاح. حيث ينسى

المرشد نفسه بالكلام الطيب، والحديث الممتع ذو الشجون مع المسترشد، دون ان ينتقل به إلى مرحلة البناء ثم مرحلة الاقفال. توجد ممارسات جيدة وممارسات رديئة للافتتاح.

- كيف حالك اليوم؟ ارجو ان تكون على مايرام وبصحة جيدة، من الله تعالى. (جيدة).

- ارى انك عابس اليوم، هل انت مريض؟. (رديئة).

- هل الامور تمام والحمد لله؟ ارجو ان لا يكون ما يعكر صفوك؟. (جيدة).

- لماذا هذا الحزن يعلو وجهك؟ انت حامل هموم الدنيا على رأسك. (رديئه).

- لا تنظر إلى الدنيا بمنظار اسود. انت كما يبدو لي انسان يائس، فما رأيك؟ (رديئة).

- هونها بتهون، كن جميلا ترى الوجود جميلا، اليس كذلك؟. (جيدة)

- الجميل فيك انك تفعل كذا وكذا ؟؟. . والذي لا يعجبني فيك هو انك تفعل كذا. (رديئه)

- الدنيا كون وعامر، والانسان فيه الخير وفيه الشر، هل تعتقد حقا ان الانسان الواحد فيه الخير والشر؟ (جيدة).

٢- طريقة الوعي الفكري:(Method of Cognitive orientation)

هذه الطريقة متداخلة مع بناء الالفه، ولا فصل بينهما عند افتتاح المقابلة الارشادية لا سيما اذا كانت الالفة موجودة اصلاً بين المرشد والمسترشد. فلا يعمل المرشد على بنائها، بل يعمل على تنميتها

وتدعيمها. فلا يمكن بناء الوعي الفكري الا بعد بناء الالفة مسبقا.

تتضمن طريقة الوعي الفكري، بتبصير المسترشد بحالته التي يعاني منها، عن طريق التعبير اللفظي، ثم تركيزانتباهه على صعوبات التكيف التي تواجهه في بيئته والتي تسببت في ازماته النفسية. ويتم ذلك من خلال تلخيص حالته، وما تم التوصل اليه بشأنها في بداية الافتتاح لكل مقابلة تشخيصية او علاجية، وتفيد هذه الحالة عندما يكون المسترشد غير مدرك لابعاد الازمات النفسية التي يعاني منها، وغير متيقظ لتلك الصعوبات التي عرقلت تكيفه مع بيئته، والتي تسببت في احداث تلك الازمات. على المرشد ان يوضح للمسترشد المصادر التي استند عليها في تجميع المعلومات حول هذه الازمات والاسس التي بنى عليها تشخيصه لها، والوسائل التي يمكن ان تستخدم في تنفيذ استراتيجياته، الارشادية بخصوصها. بعد تفسير وتوضيح الاهداف في المقابلة الارشادية الرئيسية منها والفرعية، وبعد تلخيص حالة المسترشد، وتبصيره، بها، وتركيز انتباهه على مضمونها، تأتي الخطوة الثالية من خطوات الوعي الفكري ممثلة في تشجيع المسترشد على المساعدة في توضيح بعض الامور المتعلقه او الافصاح عما يكنه بداخله، والدخول مباشرة بالموضوع دون حوار به.

يفضل استخدام كلمة (المساعدة) في العبارات اللفظية التي يستخدمها المرشد النفسي عند تنفيذ طريقة الوعي الفكري، تدعيما للدور الايجابي الذي يجب ان يقوم به المسترشد في سبيل تصحيح حالته، وعبور ازماته النفسية. وهذه بعض النماذج في تطبيق طريقة الوعي الفكري:

- لقد قابلت والديك، واخبراني عن كل شيء بخصوص حالتك، واعتقد انك محتاج لتغيير وجهة نظرهما هذه، حول حالتك.

الرد المحتمل من قبل المسترشد :

- هل والدي هما المصدر الوحيد الذي امكنك الاستفسار منهما عن حالتي؟ .

- ما الذي يدريك ان والديّ قد اخبراك عن كل شيء بخصوص حالتي؟ ما الذي جعلك واثقا هكذا؟

- انا لست في حاجة لتفسير، وجهة نظر والديّ حول حالتي؟ انا اعرف وجهة نظرهما بي مسبقا.

- هل والديّ دائما معي لمعرفة كل شيء عن حالتي؟ اذا كان القاضي خصمي لمن اشتكي؟ .

مما سبق يعتبر مثالا رديئا على الممارسة الارشادية التي يقوم بها المرشد. فهي تحتمل في طياتها عدم الارتياح للمسترشد لكونها جافة في تعبيراتهااللفظية، وتوحي بمعنى الوصاية على المسترشد، مما تدفعه إلى مهاجمة المرشد. ومن الممارسات الجيدة لطريقة الوعي الفكري هي :

- بناء على ما تم مناقشته معا حتى الان بماذا تظن في رأيك الاسباب والعوامل المختلفة التي ادت بك إلى هذه الحالة التي تعاني منها الان؟ .

مثل هذه الممارسة الجيدة، تشعر المسترشد بقيمته وتقبله واعطائه الحرية ليقرر ما يريد. المرشد الجيد يشير بوضوح إلى مصادر جمع المعلومات المتباينه. المرشد النفسي الناجح لا يقع في منزلق اصدار الاحكام. بل يستطيع المرشد الجيد انعاش ذاكرة المسترشد بطريقة غير مباشرة. ويتم ذلك بواسطة تلخيص سريع لما دار بينهما في الماضي، مع التركيز على النقطة التي

توقف عندها الاثنان في المناقشة السابقة. ويتدرج المرشد من مرحلة الافتتاح، إلى مرحلة البناء، بعد ان يطمئن تماما إلى ان طريقتي بناء الالفة، والوعي الفكري قد تم تنفيذهما على الوجه الاكمل. بعد ذلك يصبح المرشد مستعدا للدخول في مرحلة البناء. انه لا توجد حدود فاصلة بين مرحلة واخرى.

مرحلة البناء: (Stage of structure)

يطلق على هذه المرحلة مرحلة الاكتشاف (stage of exploration) او الارتياد. او مرحلة الانماء، او الارتقاء (stage of development)، او جسم المقابلة. ولكن يفضل البعض تسميتها مرحلة البناء. حيث يحاول المرشد في هذه المرحلة، مساعدة المسترشد عبور ازماته التي يعاني منها إما عن طريق اعادة بناء شخصيته، او تعديل سلوكه نحو الافضل ليتم التوافق مع نفسه ومع الاخرين.

تبدأ مرحلة البناء عادة بمناقشة حالة المسترشد بالتفصيل من جميع جوانبها، للتوصل إلى معرفة الاسباب الحقيقية وراء سوء تكيف الفرد، وبالتالي يكون التشخيص سليما، وهذا يؤدي إلى علاج مؤثر فعال. حيث يكون التشخيص ثم العلاج المناسب على اساس متين ومدروس. وبالرغم من ان التشخيص والعلاج يعتبران وجهين لعملة واحدة، الا انه من الصعوبة الفصل بينهما في المقابلة الارشادية الواحدة. فقد يستخدم المرشد استراتيجيات الارشاد في تشخيص حالة ما، بنفس الوقت قد تستهدف هذه الاستراتيجيات علاج جانب منها، او عدة جوانب في ان واحد.

بالرغم من ان عملية البناء في المقابلة الارشادية تستغرق اكبر وقت ممكن من الزمن الكلي للمقابلة الا انها تعتمد بالدرجة الاولى على خبرة المرشد، وكفاءتة في ممارساته الميدانية. بالاضافة إلى تأهيله العلمي واعداده المهني. مما يمكنه من وضع استراتيجيات الارشاد، على اسس سليمة وصحيحة وتحقيق الاهداف بوقت قصير.

قد يتبع المرشد مدرسة معينة من مدارس الارشاد والعلاج النفسي، يمارس خبراته المهنية وفن فلسفتها، ونظرياتها، الانسانية، والسلوكية، والانفعالية العقلانية، وقد يختار المرشد، وينتقي ما يعجبه ويرتاح إليه وما يؤمن به ويعتمد عليه من فلسفة ونظرية، وهذا ما يسمى بالمرشد النفسي الخياري الانتقائي، بالرغم من وجود انتقادات كثيرة على الممارسة الانتقائية، الا ان عدداً كثيراً من المرشدين ما زالوا يمارسون مهنتهم وفقا لهذه الفلسفة الانتقائية. الا ان الخطوط العريضة لبناء المقابلة الارشادية، تكاد تكون واحدة في اطار الممارسة العامة لمهنة الارشاد النفسي، وهذه الخطوط هي:

اولا - اكتشاف النفس: (self - exploration)

تبدأ هذه الخطط بمساعدة المسترشد على ان يكتشف نفسه بتشجيعه على مناقشة اموره كلها، بلا خوف ولا تردد، ولا خجل حتى ينفتح على نفسه فيحس بمشاعره الدفينة وافكاره المكبوتة المتعلقة بذاته. لذلك يضع المرشد الجيد في عمله، استراتيجياته الارشادية وينفذها وفقا لنقاط محددة، منها:

١- مساعدة المسترشد على التحدث بطلاقة حول صعوباته التكيفية او ازماته

النفسية : مثال : ارجو ان لا تتردد في ان تخبرني بأي شيء يتعلق بالصعوبات التي تواجهك ، او الازمات التي تنتابك ، وتسبب اضطرابك .

٢- مساعدة المسترشد على ممارسة التداعي الحر لكلماته ، والتنفيس الانفعالي لمشاعره . مثال :

ارجو ان تترك نفسك على سجيتها ، وان تترك كل ما يتردد في فكرك ، لينساب بين شفتيك دون ان تحبسه .

٣- مساعدة المسترشد على طلب المزيد من الفهم حول حالته ، حتى يعي ابعادها . مثال : يسعدني ان اقدم لك اي تفسير او توضيح حول ما قدمته انت لي من معلومات تتعلق بحالتك .

٤- مساعدة المسترشد على التعبير عن افكاره ومشاعره كما يحس بها هو . مثال : كيف رأيت نفسك وأنت في ذلك المأزق الذي تخبرني عنه الان؟ ليتك تخبرني عما شعرت به واحسسته عندما وجدت نفسك فيه .

٥- مساعدة المسترشد على اختبار افكاره ومشاعره ، بطريقة محددة وبناءة . مثال : ارجو ان تعيد علّي ما اخبرتني به الان ، مرتبا الاحداث التي ذكرتها ، حسب درجة تأثرك بها .

٦- مساعدة المسترشد بأن يرى الامور كما يراها الاخرون ، وليس كما هو . مثال :

ذكرت لي انك انفقت كل ما معك من نقود على اليانصيب . كيف تشعر الان وانت لا تملك ثمن الدفتر؟ .

ثانيا: تواصل النفس:

بعد ان يتأكد المرشد من ان المسترشد قد انفتح على نفسه تماما، وانه اكتشف المكنون فيها يحاول مساعدته على ان يتواصل مع نفسه. لا يستطيع المسترشد ان يحقق التواصل مع نفسه قبل ان يتواصل معه المرشد اولاً. اكد روجرز على ان الوظيفة الاساسية للإرشاد والعلاج النفسي، هو مساعدة الفرد على اكتساب التواصل الجيد مع نفسه خلال علاقة انسانية بينه وبين المرشد تتميز بالتواصل الحر الفعال بينهما. واذا تمكن المسترشد من اكتساب التواصل مع نفسه، تمكن بعد ذلك من ممارسة التواصل الجيد والمؤثر مع الاخرين.

والتواصل إما ان يكون لفظياً او غير لفظي. لقد عرف بعض المرشدين التواصل بأنه الميل الشخصي للفرد في المشاركة الايجابية لمشاعر واحاسيس فرد اخر. وبعضهم يقول ان التواصل هو حجر الاساس للحياة الانسانية، فهو يشكل شخصية الفرد، والتي يمكن ان توصف من خلال طريقته في التواصل مع الناس ومع ما يتركه من انطباع مؤثر على سلوكهم، يمكن للمرشد ان يحقق التواصل اللفظي مع المسترشد خلال التعبيرات اللغوية التي يتضمنها عدد من الفنيات الممارسة في المقابلة الارشادية في مرحلة البناء مثل: فنية الصمت الايجابي، وفنية الانصات الجيد، وفنية الايضاح، وفنية الانعكاس، وفنية المواجهه، وفنية التفسير، وفنية التلخيص.

اما التواصل غير اللفظي، يمكن ان يحققه المرشد مع المسترشد من خلال الابتسامة الدافئة، الايماء بالرأس، المصافحة باليد، الاتصال

البصرى، (عدم المغالاة في ذلك). كذلك الجلوس بجانب المسترشد متقابلين على طرفي ضلعي القائمة.

وتصل فترة تواصل النفس إلى نهايتها عندما يتغير اتجاه المسترشد من سلبية مطلقه إلى فهم واعٍ وادراك كامل للنفس، وتبدو ملامحها واضحة عندما يبدأ المسترشد في تقويم مشاعره وانفعالاته، وتقويم انعكاساتها على سلوكياته. وفي النهاية يشعر المسترشد وكأنه وجد نفسه واصبح مسيطرا على انفعالاته واتجاهاته وسلوكياته.

ثالثا - تطابق النفس: (Congrunce of self)

هذا المصطلح يدل على ما يمكن ان يكون عليه الفرد طبقا لما يشعر به في داخله ويستخدم روجرز مصطلح خلع القناع (Taking of the mask) وهدم الجدار للدلالة على تطابق النفس. تتميز هذه الفترة من مرحلة البناء، بوعي المسترشد الحقيقي وادراكه الكامل بكل مشاعره الداخلية، وعالمه الخارجي. ومحاولة مطابقتها على بعضها، وبالتالي اعادة بناء شخصيته وتعديل سلوكه. ويرى روجرز ان المرشد النفسي الجيد يمكن ان يحقق تطابق النفس بالنسبة للمسترشد، ويتم بواسطته تحريك المسترشد من الاطار المرجعي الخارجي إلى الاطار المرجعي الداخلي.

مما ينتج عنه تطابق اطاريه الخارجي والداخلي. ويقصد روجرز بالاطار المرجعي الخارجي للمسترشد على انه السلوك العام الذي يمارسه في حياته اليومية. واما الاطار المرجعي الداخلي هو نظم القيم والمثل والمعتقدات التي يؤمن بها في قرارة نفسه. وهذه امثلة متنوعة على ذلك.

- لقد ذكرت لي ان ضميرك يؤنبك بعد ان افطرت في رمضان وقت الصيام، هل لك ان تفسر كيف كان ذلك؟ (اكتشاف النفس).

- اذا سمحت لك الظروف بأن تفطر في رمضان ثانية تحت ضغط الرفاق، كيف تتصرف؟ . (تواصل النفس).

- هل انت على استعداد للتوبة إلى الله، وان تكون صادقا مع الله ومع نفسك. بأن تصوم جميع ايام رمضان الاتية والله غفور رحيم. (تطابق النفس).

مرحلة الاقفال: (Stage of Closing)

تسمى مرحلة النهاية او المرحلة الاخيرة. وهي تتم عندما يصل المرشد والمسترشد إلى قرار مشترك بأنهاء المقابلة الارشادية دون الالتزام بالمرور بمرحلة الافتتاح او مرحلة البناء اذا وجدا انه لا ضرورة لاستكمال المقابلة. وقد تنتهي المقابلة ايضا بناء على رغبة احد الطرفين، المرشد والمسترشد. وقد تنتهي عند نهاية المقابلة الابتدائية دون الوصول لمقابلات تشخيصية او علاجية، لذا فأنه لكل مقابلة ظروفها الخاصة بها وبأقفالها. وعموما فأنه يقع على المرشد العبء الاكبر، في تحديد الوقت المناسب لاقفال المقابلة في صورتها العادية، أو في صورها الاستثنائية. هذه نماذج لأيقاف المقابلة الارشادية:

من وجهة نظر المرشد:

- عدم جدية المسترشد في الانتظام في المقابلات الارشادية (كثرة التغيب)

- عدم ميل المرشد لحالة المسترشد. (ميل موضوعي).

- عدم ميل المرشد للمسترشد، وعدم محبته. (ميل شخصي).

- عدم رغبة المركز الارشادي في التعامل مع المسترشد. (عدواني اكثر من اللازم).

- عدم اختصاص المرشد في معالجة حالة المسترشد. (احالة للمختصين).

من وجهة نظر المسترشد:

- عدم استعداد المسترشد لتلقي المساعدة من المرشد.

- عدم اقتناع المسترشد بالارشاد والعلاج النفسي من اصله.

- عدم ثقة المسترشد في المرشد النفسي الذي يعالجه.

- طول الفترة الزمنية التي استغرقتها المقابلات الارشادية.

- يأس المسترشد من حالته، ومن الامل في الشفاء.

- سوء المعاملة التي يتلقاها المسترشد من العاملين في مركز الارشاد والعلاج النفسي.

مهما يكن من الامور يجب على المرشد، ان يراعي عدة امور عند اقفال المقابلة الارشادية منها: ان لا يترك المسترشد يخرج من عنده وهو يحمل في نفسه اثر سيء، او خبرة مؤلمه عن العلاقة الارشادية، ان يمهد المرشد لمرحلة الاقفال، بحيث يجعل المسترشد مستعد لها، وان يكون كل منهما على وعي تام بأنهما يتواصلان لفظيا وغير لفظي. ان لا ينسى المرشد الوقت المخصص للمقابلة ولمراحلها. هذه النماذج من الاقفال:

== ماذا افعل لك؟ لقد انقضى الوقت كله وانا احاول ان استخلص منك معلومة واحدة تفيدني في مساعدتك، ولكن بلا جدوى، الامر كله متروك لك وليس لي. (اقفال رديء).

= ان مسؤولية عبور ازماتك النفسية تقع على عاتقنا نحن الاثنين، ولكنها تكون على عاتقك بدرجة اكبر. لذا ارجو ان تفكر جيدا في هذا الامر، وان تحاول ان تساعدني في المقابلة القادمة ان شاء الله تعالى بأن تخبرني بكل ما يتعلق بحالتك حتى أتمكن من مساعدتك. (اقفال جيد).

انماط الاقفال: (Type Closing)

تتميّز مرحلة الاقفال بتعدد الانماط بحيث يختلف كل نمط عن الآخر بناء على نوع المقابلة، ونتيجه لحالة المسترشد، ووفقا لاستراتيجيات المرشد ومن هذه الانماط هي :

اولاً: نمط الاقفال العادي: Type normal Closing. ويتم في الظروف العادية حيث يقفل المرشد المقابلة الارشادية بعبارات ودية. وبأسلوب مجامل لا يحمل اي معنى للإحراج، وتدل بوضوح على ان موعد اقفال المقابلة قد حان. امثلة على ذلك:

= لقد سعدت جدا بحديثك اليوم، ارجو ان اراك على خير في المقابلة القادمة ان شاء الله تعالى.

ثانيا: نمط الاقفال غير المنتهي:

(Type of clcsing untinished business.)

يستخدم هذا المصطلح من الاقفال ليدل على المعلومة التي طرحت في مرحلة البناء وقبل مرحلة الاقفال بفترة وجيزة، ولم تستكمل المناقشة حولها بسبب ضيق الوقت. وبسبب الانتهاء من مرحلة البناء والدخول في مرحلة الاقفال استعداداً لانهاء المقابلة. مما يستلزم الامر الاشارة إلى استكمال المناقشة حولها في المقابلة القادمة. مثال:

= هذه المعلومة تحتاج إلى مناقشة عميقه، واظن ان وقتنا لن يسمح لنا بذلك، لانه على وشك الانتهاء. ما رأيك في المقابلة القادمة في الاسبوع المقبل ان شاء الله تعالى.

ثالثاً: الاقفال التركيزي (Type of concentrated Closing)

يستخدم هذا النمط من الاقفال للتركيز على معلومه هامة طرحت في المقابلة بهدف تعميق مفهومها في ذهن المرشد والمسترشد على حد سواء. وقد يستهدف اقفال المقابلة التركيز على المطالب المكلف انجازها كل من المرشد والمسترشد، لتذكيرهما بما يجب عمله استعدادا للمقابلة التالية. مثال:

= اطمئن جيدا من هذه الناحية، سوف اتصل بمعلم الرياضيات، واستفسر منه عن الاسباب التي دعته لمعاملتك بهذه المعاملة.

هذا ويجب على المرشد ان يلخص ما تم استعراضه في المقابلة الارشاديه منذ بدايتها وحتى نهايتها بصورة سريعة ومركزة. ثم يختتم هذه المرحلة بعبارات الاقفال. ثم يودع المرشد المسترشد بابتسامة دافئة

وبمصافحته باليد، ومرافقته له حتى باب غرفة الارشاد. هذه المقابلة الارشادية، فهي ليست غاية بحد ذاتها بل وسيلة من اجل تحقيق الاهداف الخاصة بها.

المراجع العربية

ابراهيم، عبد الستار. علم النفس الاكلينيكي، المملكة العربية السعودية ١٩٨٨م.

ابو جادو، صالح . علم النفس التربوي، دار المسيرة للنشر، الطبعة الاولى عمان، ١٩٩٨م.

ابو غزاله، هيفاء. الاساليب الفنية لدراسة التلميذ/ المسترشد المقابله، دارسة الحالة والملاحظة السردية G C/9 مركز التطوير التربوي، عمان، ١٩٨٦م.

الالوسي، جمال حسين. الصحة النفسية. وزارة التعليم العالي والبحث العلمي جامعة بغداد، ١٩٩٠م.

الريحاني، سليمان. التخلف العقلي، المطبعة الاردنية، الطبعة الاولى عمان، ١٩٨١م.

القاضي، يوسف وآخرون. الارشاد النفسي والتوجيه التربوي، ١٩٨١م.

المعروف، صبحي عبد اللطيف. اساليب الارشاد النفسي والتوجيه التربوي، الطبعة الاولى. بغداد، ١٩٨٦م.

جلال، سعد. المرجع في علم النفس. دار المعارف بمصر، الطبعة الخامسة القاهرة، ١٩٨٠م.

زهران، عبد السلام. التوجيه والارشاد النفسي. الطبعة الثانية، القاهرة، ١٩٨٢م.

صادق، محمد صبور. المهارات الاكلينيكية طريقة الفحص الاكلينيكي القاهرة، ١٩٨١م.

عبد الخالق، احمد محمد. اصول الصحة النفسية. دار المعرفة الجامعية، الطبعة الثانية القاهرة، ١٩٩٣.

عبد الغفار، عبد السلام. مقدمة في الصحة النفسية. دار النهضة العربية القاهرة، ١٩٧٦م.

عدس، عبد الرحمن، توق، محي الدين. مدخل إلى علم النفس. دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، ١٩٩٧م.

عطوف، ياسين. علم النفس العيادي. القسم الاول، الطبعة الاولى، القاهرة، ١٩٨١م.

علي، احمد علي. قضايا ومشكلات الصحة النفسية، مكتبة عين شمس، القاهرة ١٩٨٩م.

عمر، ماهر محمود. المقابله في الارشاد والعلاج النفسي. دار المعرفة الجامعية الطبعة الثانية، القاهرة، ١٩٨٩م.

عوض، عباس محمود. الموجز في الصحة النفسية، دار المعارف بمصر، الطبعة الاولى، القاهرة، ١٩٧٩م.

كراجه، عبد القادر. سيكولوجيه التعلم. دار اليازوري العلمية للنشر، الطبعة الاولى عمان، ١٩٩٧.

مليكه، لويس كامل. علم النفس الاكلينيكي، ١٩٨٠م.

منسي، حسن. المقابلة الارشادية. مركز التطوير التربوي، الانروا عمان، ١٩٩٣م.

منسي، حسن. سيكولوجية التعلم والتعليم، مكتبة الكندي، الطبعة الاولى إربد، ١٩٩٦م.

هنا، محمود. علم النفس الاكلينيكي. الجزائر، ١٩٨١م.

المراجع الاجنبية

Alan, Rosenbaum, and others. Head Injury in partner-Absive Men. (Journal of consulting and clinical-psychology, 2(6), EJ497310).

Allen, Battile, and Others. Potential for Suicide and Aggression in Delinguents at Juvenile court in asouthern City. (suicide and Life Threatening Behavior, 1993, 23 (3) EJ 470225.

Arthur, Alterman, and others. Reliability of the Revised Psychopathy checklist in substance Abuse Patients. (psychological Assessment, 1993, 5(4), EJ 47685).

Carol, Joseph, and others-An Inter disciplinary Mental Health consultation Team in aNursing Home. (Gerontologist, 1995, 35 (6), EJ 525626).

Charles, v. willie, and others. Mental Health Racism and Sexism. (unversity of pittsburgh press, 1995, ED 389767).

Chris, Daniel. Anger Control Bibiotherapy with a convicted Murderer under life sentence Aclinical Report. (Journal of offender-Rehabilitation, 1992, 18(2), EJ 454073).

Christopher, petr, pierpont, John. Report on childern's Mental Health Reform in minnesota. (EDRs price Mfol/pco 2 Plus postage, 1991, ED 344357).

David, Shern, Grosser, Rene. Implications of Advances in Indirect Needs Assessment Models for Mental Health Planning and Administration. (Evaluation and program Planning, 1992, 15(2), EJ 449449.

Diane. R. Follingstad and others. Aggression Levels Following Frustration of Abusing versus. Nonabusing college males. (Journal of Inter personal-violence, 1992, 7 (1), EJ 50720).

Don, Campbell-and others. The Break Away company: A Complete career Readiness program. (Trifolium Books Inc. 1994, ED 379547).

Donald, Peters. Counseling Kinds. (Accelerated Development INC. 1991, ED 345186).

Edith, williams, and others. Paternal Involvement in childrearing and the school performance of Ojibwa childern: An Expiratory study. (EDRS price-Mfol/pco 2 Plus Postage, 1996 E.D 399068).

Fred, Altaffer, Fisher, william. Applying the Colorado Social Health Survey to Mental Health Needs Assessment in Massachusetts: ANew paradigm for Planning and Research. (Evaluation and program planning, 1992, 15(2), EJ 449450).

Gail, Stevens, flint. Prison Clinicians Perceptions of Antisocial Personality Disorderas a formal Diagnosis. (Journal of offender Rehabilitation, 1994, 20 (3), EJ 483121).

Grant, Harris, and others. Psychopathy as aTaxon, Evidence That psychopaths Are Discrete Class. (Journal of consulting and Clinical psychology, 1994, 62 (2), EJ 484618).

Harold, Goldsmith, and others. Indirect Needs Assessment for mental Health services planning; Introduction to this special Issue. (Evaluation and program Planning, 1992, 15(2) EJ 449442).

Hilliiard, G. Foster,. Reuben. Biochemistry and Aggression, Psychohematological Model. (Journal of-offender-Rehabilitation, 1994, 21 (3), EJ 5000922).

James, Ciarlo, Tweed, Dan. Implementing Indirect Needs-Assessment Modlels for planning state mental Health Substance Abuse services. (Evaluation and program Planning, 1992, 15 (2), EJ 449448).

Janet, Hoffman, Andron. Not with aBang, But a whisper: Mental Health consultation with aselectively mute child-(Early childhood Education Journal, 1996, 23 (4), EJ 528145).

Janet, Periolat, Nager, Nancy. The Positive Aspects of Aggressive Behavior in young childern. (EDRS price-Mfol/pcol plus postage, 1988, ED 373926).

Kenneth, Byalin. Assessing Parental Satisfaction with children's mental Health Services: Apilot study. (Evaluation and program Planing, 1993, 16(2), EJ 466251).

Kenneth, Rubin, and others. Socioemotional characteristics of withdrawn and Aggressive Childern. (Merrill Palmer Quarterly, 1993, 39 (4), EJ 471344).

Lauren, Trott. Joining Forces for Better Mental Health. (NHSA-Journal, 1996, 15 (3), EJ 533015).

Lenore, Behar, and others. fort Bragg child and adolescent Mental Health Demonstration Project. (EDRS Price Mfol/pco 2 plus postage, 1994, ED 370058.

Leonard, Bickman, Rog, Debra. Evaluating Mental Health for childern. (New Directions for Program Evaluation, 1992, 54(1), EJ 45 2363).

Lucy, Ford, and others. Outpatient Mental Health and the Dual-Diagnosis Patient; Utilization of Services and Community Adjustment. (Evaluation and program planning, 1991, 14 (4), EJ 436944).

Magarey, Watson. Behaviour Management In context. (Au stralian Early Childhood Association, 1995, ED 400932).

Michelle, Gren, and others. understanding Gender Differences in Referral

of Childern to Mental Health Services. (Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 1996, 4(3), EJ 530687).

Morton, wagenfeld and others. Inpatient Mental Health Services in Rural Areas: An Interregional Comparison-(Journal of Rural Community Psychology, 1993, 12(2), EJ 471423).

Oberstein, Lesnik, max, and others. Parental Hostility and Its Sources in psychologically Abusive Mothers Atest of the three-factor theory. (child-Abuse and Neglect: The Internatioal Journal, 1995, 19(1), EJ 496299).

Patricia, Cohen, Hesselbart, Carl. Demographic Factors in the Use of Childern's Mental Health Services. (American Journal of public Health, 1993, 83(1) EJ 458651.

Peter, Guarnaccia, Rodriauez, Orland. Concepts of Culture and their Role in the Development of culturally Con. Mental Health Services. (Journal of Behavioral Sciences, 1996, 18 (4), EJ 538213).

Rex, Green, Newman, Frederick. Utilizing Clien Out comes to Improve the Delivery of Mental Health Services: Coping with Organizational Realities concerns about Realities concerns about Relevance, and the Believability of the Data. (Evaluation and Program Planning, 1993, 16 (4), EJ 473806.

Scott, O. Lilienfeld. The MMPI-2 Antisocial Practices Content scale: construct validity and Comparison with the psychopathic Devian Scale. (Psyhololgical Assessment, 1996, 8(3), 535109).

Shmuel, Shulman, Collins. Editors Notes. (New Directions for child Development, 1993, 62(1), EJ, EJ 482031).

Sture, Mutzell. Are childern of Alcoholic Mothers More Pschologically Damaged Compared with childern of mothers from the General

population?. (Early-child-Development and care, 1995, 109(1), EJ507191).

Ten, wei, Hu and Others. Ethnic population in public mental Health services choice and level of us. (American Journal of public Health, 1991, 81(11), EJ 437007).

Tweed, Dan, and others. Empirical validity of Indirect Mental Health Need-Assessment Models in colorado. (Evaluation and Program Planning, 1992, 15 (2), 449447).

Tweed, Dan, James, Ciarlo. Social Indicator Models for Indirectly Assessing Mental Health Service Needs. Epidemiologic and statistical properties. (Evaluation and program Planning, 1992, 15 (2) EJ 449446).

William, Tuttle Childhood Diversity and the Fallacy of The American charactrer class culture, and child Rearing during the second world war. (Paper Presented at the Annual Meeting of the organization of American Historians, 1989, ED 355132).

Bibliotheca Alexandrina
1503187



